



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Serviço-Escola

Um Projeto para o Ensino Clínico
no Curso de Licenciatura em Enfermagem

Dissertação apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Enfermagem

por

Irene Maria da Silva Oliveira

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Serviço-Escola

Um Projeto para o Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem

Dissertação apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Enfermagem

por

Irene Maria da Silva Oliveira

sob orientação de
Margarida Maria da Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro de 2012

RESUMO

A pesquisa incidiu sobre o processo de implementação de um modelo de orientação de Estudantes de Enfermagem (EE) em Ensino Clínico (EC), designado de Serviço-Escola, baseado nas experiências de implementação das Dedicated Education Unit, e que foi implementado pelo Instituto de Ciências da Saúde – Porto da Universidade Católica Portuguesa, num dos hospitais parceiros da formação. A escolha da temática relacionou-se com a importância do EC no curso de licenciatura em enfermagem para a aquisição das competências necessárias para o exercício da profissão e com as alterações decorrentes da integração do ensino de enfermagem no ensino superior. A finalidade do estudo foi saber como se poderá transformar uma unidade de cuidados de saúde já existente numa unidade dedicada ao ensino de enfermagem, que cumpra os requisitos dos EC.

O estudo reporta-se ao período entre Setembro de 2009 e Setembro de 2011, consistindo num estudo exploratório descritivo com recurso ao método do estudo de caso único com várias unidades de análise. Numa primeira fase exploratória fez-se análise documental do protocolo de colaboração e dos documentos dos EC, observação informal não participante de reuniões institucionais e entrevistas a informantes chave. Numa segunda fase realizou-se observação não participante dos 5 serviços do hospital onde decorreram os EC em causa, entrevistas aos enfermeiros chefes e aos professores envolvidos, lançamento de questionário *online* aos enfermeiros, análise de conteúdo das reflexões e das avaliações dos serviços realizadas pelos EE, e análise estatística descritiva das classificações obtidas pelos EE nos EC.

Os resultados revelaram: (i) contributo positivo da presença dos EE para a equipa de enfermagem e para a melhoria global dos cuidados; (ii) melhoria relativa da preparação dos enfermeiros orientadores (EO) e do seu desempenho; e (iii) relativa aproximação EO/professor e serviço/escola. Também, evidenciaram: (i) défice de comunicação interinstitucional; (ii) lacunas na seleção dos enfermeiros orientadores; (iii) sobrecarga dos EO quando inseridos no plano de trabalho, com discrepâncias e inadequação dos rácios EO/doentes e enfermeiro orientador/EE, e diminuição do tempo para as atividades de supervisão; (iv) pouco envolvimento dos enfermeiros na formação; (v) várias discrepâncias teoria/prática, com predominância do modelo biomédico, com elevada concentração nos procedimentos técnicos e menos na abordagem global do doente, como preconizado pela escola; e (vi) dinâmicas dos serviços mais direcionadas para objetivos institucionais e menos para as necessidades de aprendizagem dos EE.

A implementação do modelo ficou comprometida em virtude das barreiras de articulação interinstitucional encontradas, também identificadas noutros estudos, com pouco reconhecimento e priorização dos assuntos relacionados com a formação por parte do hospital. Evidenciou-se a necessidade de: (i) maior aproximação e envolvimento das duas instituições e dos seus intervenientes; (ii) adequação de dotação de pessoal (enfermeiros e professores); (iii) maior clarificação do modelo; e (iv) convergência de objetivos interinstitucionais quanto a formação, prestação de cuidados e investigação. Conclui-se que a unidade dedicada ao ensino exige priorização da formação de modo contínuo e sistemático e, dos seus profissionais, uma atitude permanente de abertura à mudança e à inovação, de questionamento das suas práticas e de, em parceria com a escola, serem capazes de identificarem estratégias de melhoria do ensino e da prestação de cuidados. Propõe-se a criação de grupo de acompanhamento do processo de implementação, elaboração de protocolo de implementação, incremento da formação dos enfermeiros e dos espaços de formação conjunta, e análise da função do professor como elo de ligação escola/serviço.

ABSTRACT

The research focused on the process of implementing a practice education model of Nursing Students (NS) in Clinical Practice (CP), called Service-School, based on the experiences of the implementation of the Dedicated Education Unit, and that was implemented by the Institute of Health Sciences – Porto of the Catholic University of Portugal, in one of the partner hospitals. The choice of the theme was related to the importance of the CP on the nursing graduation course to acquire the skills needed for the profession and with the changes arising from the integration of nursing in higher education. The purpose of the study was to know how they can transform an existing health care unit in a unit dedicated to the nursing education.

The study refers to the period between September 2009 and September 2011, consisting of a descriptive exploratory study using the method of case study of a single case with multiple units of analysis. Initially, made up exploratory analysis of the protocol document collaboration and CP documents, non-participant informal observation of institutional meetings and key informant interviews. In the second phase took place non-participant observation in 5 units of the hospital where took place the CP concerned, interviews with head nurses and teachers involved, launching online questionnaire to nurses, content analysis of critical reflections and units evaluations performed by the NS and descriptive statistical analysis of the marks obtained by the NS in the CP.

The results showed: (i) the positive contribution of the presence of the NS for the nursing team and to overall improvement care; (ii) improvement on the preparation of mentors and their performance; and (iii) relative approximation mentor/teacher and unit/school. Also revealed: (i) institutional communication gap; (ii) gaps in the selection of the mentors; (iii) overload of mentors when inserted in the work plan with discrepancies and inadequate ratios mentor/patients and mentor/NS and decreased time for supervisory activities; (iv) lack of involvement of the nurses in the clinical education; (v) multiple discrepancies theory/practice, with high concentration on the technical aspect and less on the patient overall approach, as advocated by school; and (vi) dynamic of more targeted units to the institutional goals and less to the learning needs of the NS.

The implementation of the model was compromised because of the inter-institutional barriers encountered, also identified on other studies, with little recognition and prioritization of issues related with education by the hospital. Revealed the need for: (i) greater proximity and involvement of both institutions and their stakeholders; (ii) the adequacy of staffing (nurses and teachers); (iii) clarification of the model; and (iv) convergence of the institutional goals as the education, nursing care and research.

We conclude that the unit dedicated to the nursing education requires prioritization of the education on a continuous and systematic, and its professionals, a permanent attitude of openness and innovation, questioning their practices and with the partnership with the school, are able to identify strategies to improve teaching and care. We propose the creation of a group monitoring the implementation process, development of a protocol implementation, increased preparation of nurses and spaces of joint education (teachers and nurses), and analysis of the teacher's role as a link between the school and the health unit.

Ao Jorge, à Maria João e ao Pedro,
porque sempre me fizeram acreditar
“que era possível”.

*“Onde não falta vontade
existe sempre um caminho”*

John Lennon

AGRADECIMENTOS

À Professora Margarida Vieira pela orientação dada, pelas sugestões de melhoria sempre da maior pertinência, pela confiança depositada e por, mais uma vez, me ter possibilitado partilhar com ela este percurso de aprendizagem.

À Universidade Católica Portuguesa por me ter proporcionado as condições necessárias para a realização deste trabalho.

Ao Conselho de Administração do Hospital da Prelada, à Direção Clínica e à Direção de Enfermagem pela concessão das autorizações necessárias para a realização da colheita de dados.

A todos os Enfermeiros do Hospital da Prelada que aceitaram participar neste trabalho, pela colaboração, disponibilidade e acolhimento.

Aos Professores do Instituto de Ciências da Saúde – Porto que participaram como sujeitos nesta investigação, pela colaboração e disponibilidade manifestadas.

À Professora Beatriz Araújo pela colaboração nas várias fases do trabalho, especialmente na análise dos dados quantitativos e, também, pela presença sempre amiga e pelo incentivo dado.

Ao Professor João Neves Amado pela disponibilidade e colaboração na construção do questionário *online*.

Ao Professor Michel Araújo e ao Enfermeiro Fernando Miranda pela colaboração no processo de observação dos contextos de prática clínica.

Aos colegas de trabalho e amigos mais próximos, pela amizade, ajuda e incentivo.

ABREVIATURAS

H – hora

Enf. – Enfermeiro

Ex. – Exemplo

N.º - Número

Sr. - Senhor

SIGLAS

BSN - Baccalaureate Nursing Degree Program

CASN - Canadian Association of Schools of Nursing

CCM – Clinical Collaborative Model

CEC – Centro de Enfermagem da Católica

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CLU - Collaborative Learning Unit

CNA - Canadian Nurses Association

CPC - Contextos de Prática Clínica

CRP – Centro Regional do Porto

CUEE – Coordenadora da Unidade de Ensino de Enfermagem

DEU – Dedicated Education Unit

EC – Ensino Clínico

EE – Estudantes de Enfermagem

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

FUSA – Flinders University of South of Australia

HP – Hospital da Prelada

HU – Hospital Universitário

HWA – Health Work Force Australia

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

MHCSH – Multicare Health Care System Hospital

NMC – Nursing and Midwifery Council
OE – Ordem dos Enfermeiros
OT – Orientação Tutorial
PG – Pós-Graduação
PLU – Pacific Lutheran University
QAA – Quality Assurance Agency for Higher Education
RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
REPE – Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro
SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto
SE – Serviço-Escola
SIGIQ – Sistema da Garantia Interna da Qualidade
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
UCS – Unidade de Cuidados de Saúde
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UDEE – Unidade Dedicada ao Ensino de Enfermagem
USP – Universidade de São Paulo
WHO – World Health Organization
WINNER - Workforce Increases in Nurses and Nursing Faculty Excellence in
Resource Collaboration Project

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
<u>PARTE 1 – REVISÃO DA LITERATURA</u>	27
1. QUADRO TEÓRICO PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM	29
Introdução	29
1.1 Desenvolvimento de Competências	30
1.2 Aprendizagem Experiencial	40
1.3 Prática Reflexiva	50
Conclusão	60
2. EDUCAÇÃO EM ENSINO CLÍNICO	65
Introdução	65
2.1 Processos de Articulação entre a Escola e os Contextos de Prática Clínica	67
2.2 Desenvolvimento de Competências dos Estudantes de Enfermagem	87
2.3 Processos de Supervisão em Ensino Clínico	106
2.4 Competências dos Orientadores Clínicos	120
2.5 Unidades Dedicadas à Educação	133
Conclusão	152
<u>PARTE 2 – TRABALHO DE CAMPO</u>	155
1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	157
2. FASE EXPLORATÓRIA	161
Introdução	161
2.1 Caracterização dos Ensinos Clínicos	162
2.2 Caracterização da Parceria Escola/Hospital	165
2.3 Identificação da Problemática Inicial	169
2.4 Dados das Entrevistas a Informantes Chave	176
Conclusão	208

3. ANÁLISE DO PROCESSO E DOS RESULTADOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO	211
Introdução	211
3.1 Resultados e Análise dos Contextos de Prática Clínica	211
3.2 Perspetiva dos Enfermeiros Chefes	271
3.3 Perceção dos Enfermeiros	316
3.4 Visão dos Professores	338
3.5 Dados Relativos aos Estudantes de Enfermagem	365
3.5.1 Análise das Reflexões realizadas durante os Ensinos Clínicos	366
3.5.2 Análise das Avaliações dos Contextos de Prática Clínica	389
3.5.3 Análise das Classificações nos Ensinos Clínicos A e B	406
Conclusão	409
 CONCLUSÃO	 417
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 431
 ANEXOS.....	 453
Anexo I – Diagrama e Quadros da Revisão Sistemática da Literatura	454
Anexo II – Entrevista Diretora de Enfermagem do Hospital da Universidade de S. Paulo	463
Anexo III - Pedidos de Autorização	472
Anexo IV - Guiões das Entrevistas dos Informantes Chave	484
Anexo V – Lista de Categorias Análise NVivo Entrevistas Informantes Chave ...	495
Anexo VI - Grelhas de Observação dos Contextos de Prática Clínica	516
Anexo VII - Guião das Entrevistas dos Enfermeiros Chefes	524
Anexo VIII - Formulário de Consentimento para Realização de Entrevista	526
Anexo IX - Lista de Categorias Análise NVivo Entrevistas Enfermeiros Chefes ..	529
Anexo X - Documentos Relativos ao Questionário lançado aos Enfermeiros	551
Anexo XI - Guiões das Entrevistas dos Professores	561
Anexo XII – Lista de Categorias Análise NVivo Entrevistas Professores	567
Anexo XIII – Lista de Categorias Análise NVivo Reflexões Estudantes	576
Anexo XIV – Lista de Categorias Análise NVivo Avaliações dos Serviços	590
Anexo XV – Análise SPSS das Classificações dos Estudantes	599

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama Número 1 - Sujeitos dos Estudos sobre Processos de Articulação	
Escola/CPC	67
Diagrama Número 2 - Metodologias dos Estudos sobre Processos de Articulação	
Escola/CPC	68
Diagrama Número 3 - Objetivos dos Estudos sobre Processos de Articulação	
Escola/CPC	69
Diagrama Número 4 - Sujeitos dos Estudos sobre Desenvolvimento de	
Competências dos EE em EC	88
Diagrama Número 5 - Metodologias dos Estudos sobre Desenvolvimento de	
Competências dos EE em EC	88
Diagrama Número 6 - Objetivos dos Estudos sobre Desenvolvimento de	
Competências dos EE em EC	89
Diagrama Número 7 - Sujeitos dos Estudos sobre Processos de Supervisão em EC	111
Diagrama Número 8 - Metodologias dos Estudos sobre Processos de Supervisão	
em EC.....	112
Diagrama Número 9 - Objetivos dos Estudos sobre Processos de Supervisão	
em EC	112
Diagrama Número 10 - Sujeitos dos Estudos sobre Competências dos Orientadores	
Clínicos	121
Diagrama Número 11 - Metodologias dos Estudos sobre Competências dos	
Orientadores Clínicos	121
Diagrama Número 12 - Objetivos dos Estudos sobre Competências dos	
Orientadores Clínicos	122

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro Número 1 – Caracterização dos Enfermeiros Orientadores dos EC A e B ...	216
Quadro Número 2 – Caracterização dos Enfermeiros Chefes	272
Quadro Número 3 – Aspectos positivos relacionados com o EC Segundo a Perceção dos Enfermeiros Chefes	274
Quadro Número 4 – Aspectos Negativos Relativos ao EC Segundo a Perceção dos Enfermeiros Chefes	282
Quadro Número 5 – Sugestões de Melhoria Relacionadas com o EC Referidas pelos Enfermeiros Chefes	297
Quadro Número 6 – Relação dos Códigos Entregues/Devolvidos nos Serviços	318
Quadro Número 7 – Relação de Códigos Entregues e Questionários Preenchidos....	318
Quadro Número 8 – Distribuição da Amostra Relativamente a Formação Académica Pós-graduada	320
Quadro Número 9 – Relação entre o Grau de Importância Atribuído pelos Enfermeiros à Formação Contínua e a Motivação para a Formação	321
Quadro Número 10 - Áreas de Interesse ou Formação Procurada pelos Enfermeiros	322
Quadro Número 11 - Distribuição da Amostra Segundo o Grau de Importância do Desempenho do Enfermeiro na Formação dos EE	324
Quadro Número 12 - Distribuição da Amostra Segundo o Grau de Conhecimento da Filosofia da Instituição de Ensino e do Curso ao qual os EE Pertencem	324
Quadro Número 13 - Distribuição da Amostra Segundo o Grau de Conhecimento em Relação aos Aspectos Gerais do EC	325
Quadro Número 14 - Grau de Motivação dos Enfermeiros que Orientaram EE para Colaborarem como Orientadores	325
Quadro Número 15 - Grau de Motivação dos Enfermeiros que não Orientaram EE para Colaborarem na Orientação Informal dos EE	326
Quadro Número 16 - Grau de Motivação dos Enfermeiros que não Orientaram EE para Colaborarem como Orientadores	326
Quadro Número 17 - Aspectos Positivos Referidos pelos Enfermeiros em Primeiro Grau de Importância	327

Quadro Número 18 - Aspetos Positivos Referidos pelos Enfermeiros em Segundo Grau de Importância	328
Quadro Número 19 - Aspetos Positivos Referidos pelos Enfermeiros em Terceiro Grau de Importância	329
Quadro Número 20 - Aspetos a Melhorar Referidos pelos Enfermeiros em Primeiro Grau de Importância	331
Quadro Número 21 - Aspetos a Melhorar Referidos pelos Enfermeiros em Segundo Grau de Importância	333
Quadro Número 22 - Aspetos a Melhorar Referidos pelos Enfermeiros em Terceiro Grau de Importância	334
Quadro Número 23 – Síntese da Análise das Reflexões dos EE	384
Quadro Número 24 – Avaliação do Serviço 1 – Ano 2010-2011	392
Quadro Número 25 – Avaliação do Serviço 2 – Ano 2009-2010	394
Quadro Número 26 – Avaliação Enfermeiro Orientador - Serviço 2 – 2009-2010 ...	395
Quadro Número 27 – Avaliação do Serviço 3 – Ano 2010-2011	398
Quadro Número 28 – Avaliação do serviço 4 – Ano 2010-2011	399
Quadro Número 29 – Avaliação do Serviço 5 – Ano 2010-2011	401
Quadro Número 30 - Distribuição das Classificações dos EE segundo os Tipos e Locais dos Ensinos Clínicos, Ano Letivo, Médias, Desvio Padrão e Mínimo e Máximo	407

INTRODUÇÃO

A pesquisa que efetuamos neste trabalho incidiu sobre o processo de implementação, num dos hospitais parceiros na formação, de um modelo de orientação de Estudantes de Enfermagem (EE) em Ensino Clínico (EC), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) - Porto, da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O modelo foi designado de Serviço-Escola (SE) e baseou-se nas experiências doutros países com a implementação das Dedicated Education Unit (DEU).

A escolha da temática prendeu-se não só com o facto de exercermos a nossa atividade docente no ICS e, desde sempre, no âmbito da educação em prática clínica, mas também pela sua pertinência no contexto atual do ensino de enfermagem aspeto que exploraremos de seguida, partindo do enquadramento concetual de enfermagem e das dimensões do problema em estudo.

O EC constitui, dentro do plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) uma componente de extrema importância, contribuindo em larga medida para a aquisição por parte dos EE de vários tipos de competências necessárias para o exercício da profissão de enfermagem, tendo por base as competências, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003) e o enquadramento concetual e padrões de qualidade preconizados pela mesma (OE, 2001), assim como, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Portugal, 1996).

Tal como referido no REPE, a enfermagem tem como objetivo “*prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente*”, assim como aos grupos sociais onde se encontra inserido (Portugal, 1996, p. 2960). Desta forma, o enfermeiro, ao longo de todo o ciclo de vida do “*cliente*” deve procurar promover a saúde, “*prevenir a doença*” e a readaptação após a mesma, assim como a “*satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida*” (OE, 2001, p. 8 e 9). Estas conceções estão de acordo com o preconizado pelas organizações internacionais como o Internacional Council of Nurses (ICN) e a World Health Organization (WHO) que referem que a enfermagem, para além de promover a saúde e prevenir a doença, assume como funções essenciais a promoção de um contexto seguro, a investigação, a participação na política de saúde, na gestão dos

sistemas de saúde e na formação (ICN, 2010; WHO, 2003). A enfermagem é referida pela WHO (2003) como uma arte e uma ciência que requer, no desenvolvimento da sua prática profissional, a aplicação de conhecimento específico, assim como de competências que deverão ser sempre que possível baseadas em evidência.

Segundo a OE, “*o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal*” entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidades) em interação com o ambiente onde estão inseridas, respeitando os seus desejos, valores, crenças e cultura (OE, 2001, p. 8). Esta relação com a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem deve ser caracterizada por uma relação de parceria, em que o enfermeiro, envolvendo os conviventes significativos, ajuda a pessoa na “*consecução do seu projeto de saúde*” (OE, 2001, p. 8).

A este propósito, e porque o nosso estudo implicou o ICS, convém referir que o quadro de referência para a enfermagem preconizado por esta instituição contempla as conceções mencionadas anteriormente, relevando a importância dos cuidados de enfermagem terem como objetivo “*a educação para comportamentos saudáveis, a promoção do autocuidado, a adesão a regimes terapêuticos, ou a procura do sentido da vida*” (UCP/ICS, 2011, p. 4). É dada ênfase à família, que constituída por todos os “*conviventes significativos*” e como o grupo natural onde se encontram inseridos os seres humanos, tem um papel fundamental como parceira nos cuidados. Por outro lado, o quadro de referência reforça a importância da comunidade nas várias vertentes que a constituem, que influenciam as instituições de ensino e de saúde que nela estão inseridas. A este respeito é relevado o papel do enfermeiro na redução do sofrimento perante realidades como “*a pobreza, a marginalidade, a violência*”, entre outras. Neste sentido, preconiza “*uma perspetiva holística da sociedade e do ser humano*” desde a conceção à morte, no respeito pela sua autonomia, na base de que os seres humanos, saudáveis ou doentes, são capazes de tomar parte nas decisões que a si dizem respeito. Para além disso, partindo do pressuposto de que os cuidados são um direito fundamental, o quadro concetual defende os valores “*de compaixão, da competência, da justiça e da responsabilidade*”, como base para os cuidados prestados no âmbito da profissão (UCP/ICS, 2011, p. 4).

Dado que a prática dos cuidados de enfermagem se concretiza no contínuo de saúde/doença, ao longo do ciclo vital de cada pessoa nos mais variados contextos, a aquisição das competências necessárias para o exercício da profissão só será possível se ocorrer em situação real de prática clínica. A este respeito, lembramos também a

definição oficial europeia em que o EC de enfermagem ao nível europeu é definido como uma componente através da qual o EE *“aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, [...]”* (Parlamento Europeu e Conselho Europeu, 2005, p. 255/41).

Nesta perspetiva, o EC assume uma grande relevância que está patente na percentagem da carga horária que lhe é atribuída, que deve ser pelo menos cinquenta por cento do total previsto para o CLE, tal como previsto na legislação nacional (Portugal, 1999). Neste sentido, a OE refere-se à importância da *“abrangência e profundidade das competências”* adquiridas na formação inicial como determinantes para o desenvolvimento das competências ao longo da vida (OE, 2007, p. 11). Também, a implementação do Processo de Bolonha e a respetiva legislação que aponta *“para um sistema baseado no desenvolvimento de competências”* (Portugal, 2006, p. 2242), relevam ainda mais a importância da análise do contexto das práticas clínicas no âmbito da formação. Convém salientar que o relevo dado à componente clínica já se vinha a verificar desde 1968, nos cursos de enfermagem anteriores, no sentido de cumprir as diretivas europeias (Vieira, 2007).

No seguimento do referido anteriormente e para maior clarificação da problemática do nosso estudo, consideramos pertinente uma abordagem retrospectiva das características da educação em EC. Assim, a partir de 1968 e durante vários anos, o EC assumiu contornos uniformes e semelhantes no Curso de Enfermagem Geral ministrado nas várias escolas de enfermagem em Portugal, uma vez que o plano de estudos era comum a todas. As principais diferenças começaram a surgir com a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico, tal como consta na legislação (Portugal, 1988), permitindo que cada escola, embora tendo por base diretivas europeias, traçasse o seu plano de estudos, o que fez com que tivessem surgido algumas diferenças entre os vários currículos e, consequentemente, na organização dos EC e nos modelos de orientação dos EE em prática clínica.

A partir desta altura, também outras mudanças começaram a surgir. De entre elas, destacamos o facto dos docentes de enfermagem terem reduzido o tempo de permanência nos Contextos de Prática Clínica (CPC) em virtude das novas exigências de formação académica, das novas funções que tiveram de assumir e também do maior número de EE que as escolas de enfermagem tiveram de admitir por exigência ministerial, de forma a colmatar o défice de enfermeiros verificado. Até então, o modelo

predominante de educação de EE em EC, consistia na supervisão direta feita pelos docentes das escolas, praticamente em tempo integral, (com exceção do estágio de integração à vida profissional). Mas, a partir desta altura, os docentes tiveram de delegar parte dessa função a enfermeiros contratados pelas escolas de enfermagem, quer dos próprios serviços onde os EE realizavam o EC, quer doutros locais, no sentido de orientarem diretamente os EE, estando esses enfermeiros por sua vez sob a orientação direta dos professores.

Convém lembrar que esta circunstância de uma menor permanência dos docentes de enfermagem nos CPC, também se veio a verificar, de uma forma geral, noutros países como o Reino Unido, a Irlanda, os Estados Unidos da América, o Canadá, entre outros (Canadian Association of Schools of Nursing – CASN, 2004). Contudo, no contexto nacional, acarretou a existência de uma grande heterogeneidade, uma vez que a organização dos EC acabou por ficar sujeita ao critério de cada escola, assim como da maior ou menor boa vontade e colaboração dos enfermeiros dos CPC que recebem EE.

Por outro lado, se bem que, mesmo antes destas alterações, já existissem problemas relacionados com os CPC nas suas várias componentes, como a tão falada dicotomia ou fosso teoria/prática, na perspetiva das diferenças entre o ensino da enfermagem na escola e a prática dos cuidados em contexto real, é bem verdade que as mudanças mencionadas, acabaram por dar ainda mais relevo a esta questão, dadas as alterações das funções dos docentes nos CPC e, dado também, o maior envolvimento de outros intervenientes, sobretudo dos enfermeiros da prática.

Os EE têm de realizar o EC nos contextos da prática, portanto, nos mais variados serviços das várias instituições de saúde, públicas ou privadas, com as especificidades que lhe são próprias, em todas as suas dimensões humana, técnica, organizacional, física, de equipamento, entre outras, que por sua vez traduzem várias realidades diferentes. Contudo, será de esperar que os CPC onde os EE realizam o EC, ofereçam as condições necessárias que favoreçam o processo de ensino/aprendizagem em toda a sua dimensão e, desta forma, promovam a aquisição das competências necessárias. Será de esperar que os CPC que recebem EE sejam locais de referência onde os cuidados de enfermagem prestados sejam de excelência, pois só assim poderão promover o processo de ensino/aprendizagem de uma forma adequada. A este propósito, lembramos o que consta na legislação portuguesa acerca da articulação do exercício clínico com as atividades formativas dos profissionais de saúde, no decreto-lei número 206/2004, onde

se recomenda que “[...] o ensino das ciências e das tecnologias da saúde [...], deve ser ministrado em serviços de excelência [...]”, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados (Portugal, 2004, p. 5419).

Para além da qualidade dos serviços que recebem estudantes, as diretivas europeias e nacionais realçam a importância da qualificação dos profissionais que orientam EE. Assim, a diretiva europeia salienta a importância do EC ser ministrado em instituições de saúde e na comunidade “*sob a responsabilidade de enfermeiros docentes e com a cooperação e a assistência de outros enfermeiros qualificados [...]*” (Parlamento Europeu e Conselho Europeu, 2005, p. 255/41). A OE refere-se à necessidade da experiência clínica na formação inicial, ser de qualidade e de ser adquirida sob a orientação de profissionais qualificados em locais “*onde a quantidade de pessoal qualificado e o equipamento sejam adequados aos cuidados de enfermagem a dispensar ao doente*” (OE, 2008, p. 21). Também, a legislação relativa à carreira de enfermagem, decreto-lei número 247/2009, apesar de considerar no artigo 9º que os profissionais de enfermagem na categoria de “enfermeiro” poderão colaborar no “*processo de desenvolvimento de competências*” dos estudantes, refere que a orientação das atividades formativas dos EE deverá estar sob a responsabilidade apenas dos profissionais com o título de enfermeiros especialistas (Portugal, 2009, p. 6759-6760).

Dado o referido anteriormente, verificamos que a problemática da aprendizagem dos EE em EC encontra-se necessariamente condicionada pelo tipo de relação existente entre as escolas e as instituições de saúde, sendo necessária a existência de sintonia entre os dois tipos de instituições, uma vez que as fronteiras da escola não terminam no seu espaço físico mas, em certa medida, se prolongam pelos CPC.

Decorrente do maior envolvimento dos enfermeiros dos CPC no processo de ensino/aprendizagem dos EE, para que o desenvolvimento dos estudantes se processe nas dimensões humana, social, científica, técnica, ética e espiritual, é importante que no campo da prática aconteça o mesmo, ou seja, que o desenvolvimento se vá dando nos enfermeiros que lá trabalham, portanto, que seja recíproco, no sentido da promoção da aprendizagem dos EE e, também, da qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesta perspetiva, desta ligação entre a escola e os CPC, tem de existir um processo de permuta, de reciprocidade, de envolvimento e de alinhamento de perspetivas, para que os EE se desenvolvam e adquiram as competências necessárias, para que os enfermeiros também se desenvolvam e para que a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados

à pessoa, seja sempre melhorada, suportada também pelos contributos que a investigação pode dar para a escola e para os CPC.

Desta forma, a partir da exploração das dimensões da problemática em estudo mencionadas anteriormente, elegemos como fio condutor da nossa pesquisa a seguinte questão de partida: como se poderá transformar uma Unidade de Cuidados de Saúde (UCS) já existente numa Unidade Dedicada ao Ensino de Enfermagem (UDEE), que cumpra os requisitos dos ensinos clínicos?

Na sequência desta questão inicial colocamos outras questões que orientaram a nossa investigação:

- Quais as características do processo de transformação de uma UCS em UDEE?
- Quais as etapas do processo?
- Quais os recursos (físicos, materiais, humanos) necessários?
- Quais as competências necessárias nos enfermeiros de uma UDEE?
- Quais os resultados obtidos com a criação duma UDEE?
- Quais os fatores que influenciaram o processo de implementação do modelo?

A partir das questões levantadas e, tendo em conta o processo de implementação do modelo, identificamos como metas do nosso estudo os seguintes objetivos: (i) descrever as condições necessárias à existência de uma UDEE; (ii) descrever o processo transformação de uma UCS em UDEE; (iii) identificar as etapas do processo de transformação de uma UCS em UDEE; (iv) identificar o tipo de recursos necessários para a criação de uma UDEE; (v) identificar as competências necessárias nos enfermeiros de uma UDEE; (vi) descrever os resultados obtidos com a criação de uma UDEE; e (vii) identificar e analisar os fatores influenciadores do processo de implementação do modelo.

Na sequência dos objetivos enunciados consideramos esta pesquisa no âmbito de um estudo exploratório descritivo, tal como referido por Fortin (1999; 2009), com recurso ao método de estudo de caso, uma vez que o mesmo permite a compreensão em profundidade dos aspetos que compõem os fenómenos nos seus contextos de vida real, sobretudo quando o conhecimento acerca dos limites entre os primeiros e os segundos ainda é muito rudimentar (Amado, 2010; Yin, 2002/2010). Nesta perspetiva, consideramos o nosso estudo no âmbito do estudo de caso único, com várias unidades de análise, uma vez que incidiu sobre o processo de implementação do modelo SE num dos hospitais com quem o ICS tem protocolo de colaboração, o Hospital da Prelada (HP), mais concretamente em 5 UCS ou serviços que constituíram os CPC de dois dos

EC do CLE da instituição de ensino referida, no período compreendido pelos anos letivos 2009-2010 e 2010-2011. No capítulo número 1 da Parte II, destinado à abordagem do desenho da investigação, procedemos a uma descrição mais detalhada das etapas da pesquisa, dos instrumentos utilizados, dos vários procedimentos de análise dos dados, assim como das respetivas justificações.

A propósito da terminologia “supervisão clínica” e “orientador clínico/supervisor clínico”, pensamos que será importante esclarecer os conceitos adotados no âmbito deste trabalho. O termo “supervisão clínica”, na área da saúde pode ser usado com dois sentidos: um para designar um processo de vigilância e orientação de estudantes em prática clínica, outro para designar um processo de vigilância da qualidade e competências profissionais numa dada profissão, tal como é referido por vários autores e organizações, como a Health Workforce Australia (HWA) (2010). No presente trabalho utilizaremos o termo no primeiro sentido mencionado “supervisão em EC”. Também, o termo “supervisor clínico”, no sentido do enfermeiro do CPC que orienta EE em EC, pode ter várias designações, como: enfermeiro orientador, enfermeiro cooperante, tutor, mentor, preceptor, entre as mais frequentes. Optamos pela designação de “enfermeiro orientador”, por considerarmos o termo que mais se adequa, em virtude de não possuir a conotação já mencionada do termo “supervisor clínico” e, também, pelo facto dos termos “tutor”, “mentor” e “preceptor” terem por vezes significados diferentes consoante o contexto e país. Acrescentamos ainda que, quando utilizamos o termo “orientador clínico” estamos a referir-nos aos profissionais, seja professores da escola, seja enfermeiros dos CPC, que realizam orientação de EE em prática clínica, designação que constatamos também nalguns trabalhos consultados como os de Nascimento (2007) e Martins (2009) e com a qual concordamos, uma vez que a “orientação clínica” dos EE pode ser realizada por ambos os profissionais.

A nossa colheita de dados foi precedida de uma revisão sistemática da literatura acerca da investigação realizada em Portugal no âmbito da educação em EC, cujos resultados apresentamos no capítulo número 2 da parte I, e que seguiram um roteiro de questões de partida para a revisão da literatura que se centraram em quatro itens que consideramos integrarem o problema em estudo: (i) os processos de articulação escola/CPC, que consideramos de grande relevância; (ii) o desenvolvimento de competências dos EE em EC; (iii) os processos de supervisão em EC; e (iv) o desenvolvimento das competências dos orientadores clínicos.

Na revisão sistemática confrontamos os resultados obtidos com os de outros estudos tanto nacionais como estrangeiros. A opção por esta metodologia prendeu-se com a necessidade de verificarmos quais as dimensões já estudadas na realidade portuguesa, assim como em conhecer os resultados de outros estudos para termos uma visão mais aprofundada das componentes da nossa problemática e, também, como base para a posterior análise dos dados. Ainda no âmbito da educação em EC, abrimos um subcapítulo destinado à abordagem dos estudos sobre os modelos baseados na DEU, uma vez que o modelo estudado nesta pesquisa se baseou nos princípios subjacentes à criação dessas unidades e, portanto, a sua exploração seria importante não só para o maior conhecimento das unidades em causa, mas também, como contributo para a discussão dos dados.

Da revisão da literatura constam também os resultados da pesquisa bibliográfica realizada acerca das principais teorias educacionais, no capítulo número 1 da parte I, sendo que consideramos pertinente focarmo-nos em três das dimensões desenvolvidas pelos autores consultados: o desenvolvimento de competências, a aprendizagem experiencial e a prática reflexiva. A escolha destes itens prendeu-se com a natureza do EC no âmbito da formação em enfermagem já focada anteriormente. Assim, consideramos a abordagem da aquisição e do desenvolvimento de competências como essencial, pois são elementos indispensáveis nos processos de ensino/aprendizagem dos EE em EC, assim como dos enfermeiros dos CPC. Nesta perspetiva, a exploração da aprendizagem experiencial também se apresentou como fundamental, dadas as características da aprendizagem em EC, com um grande predomínio da experiência propriamente dita e da aprendizagem com ela relacionada. Por último, consideramos que a abordagem da prática reflexiva seria também pertinente, dada a sua relevância não só em relação à aprendizagem experiencial e ao desenvolvimento de competências, mas também porque ela é extremamente importante no âmbito das profissões como a enfermagem, em que predominam as situações complexas e imprevisíveis, os dilemas na tomada de decisão e os julgamentos de cariz ético e moral.

No final do subcapítulo mencionado anteriormente procedemos à síntese do quadro teórico adotado, que serviu de suporte à análise dos dados. Assim, no que concerne ao desenvolvimento de competências adotamos o conceito multidimensional de competência veiculado por Le Boterf (2005), nas suas dimensões de saber, querer e poder agir, assim como as estratégias preconizadas pelo autor para o desenvolvimento de competências. Neste âmbito, demos também algum relevo ao desenvolvimento de

competências comportamentais referidas pelo autor e, também ao desenvolvimento da inteligência emocional segundo a perspectiva de Goleman (2001), como elementos essenciais para o desenvolvimento integral da pessoa e aprofundamento da compreensão de si e dos outros. Adotamos o conceito de aprendizagem experiencial de Evans (2000) que tem em conta a experiência proveniente do contexto de trabalho, a experiência da educação formal e a experiência de outros contextos de vida. Nesta perspectiva, também consideramos o modelo holístico de aprendizagem experiencial apresentado por Kolb (1984) como um modelo de referência, integrador das dimensões da pessoa e do meio onde está inserida. Para além disso, adotamos as proposições de Boud et al. (2011), numa perspectiva de complemento ao modelo de Kolb (1984), uma vez que reforçam a implicação da pessoa no seu todo e a influência das componentes de âmbito sociocultural e socio-emocional da pessoa neste tipo de aprendizagem. No que respeita à prática reflexiva, para além do relevo dado ao modelo de reflexão de Boud et al. (1985), relevamos a importância da reflexão (na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação) e a conceção do profissional reflexivo, defendidas por Schön (1983; 1989), pela sua utilidade na descoberta das teorias implícitas na prática profissional e na articulação do conhecimento científico com a perícia profissional.

A partir dos resultados da revisão da literatura, do enquadramento concetual da enfermagem preconizado pela OE, do quadro de referência para a enfermagem defendido pelo ICS, dos elementos constituintes do problema em estudo e, também, a partir da nossa experiência profissional no ensino de enfermagem em prática clínica, enunciamos os pressupostos teóricos que conduziram o nosso trabalho de campo, assim como a análise dos dados colhidos e que enumeramos a seguir: (i) o modelo de enfermagem que preconiza o ser humano como centro dos cuidados de enfermagem, numa perspectiva holística, ajudando-a a prosseguir o seu projeto de saúde; (ii) os CPC onde os EE realizam o EC que devem oferecer as condições necessárias ao processo ensino/aprendizagem em toda a sua dimensão, de forma que os EE desenvolvam as competências específicas da profissão de enfermeiro; (iii) os CPC onde os EE realizam o EC devem ser de referência, de forma que os cuidados prestados sejam de excelência e os profissionais envolvidos demonstrem competências científicas, técnicas, relacionais e éticas congruentes com a filosofia de ensino; (iv) entre a escola e os CPC deve existir uma boa articulação entre o exercício clínico, as atividades de formação e a investigação, de forma a garantir e promover a qualidade do ensino em prática clínica e a qualidade dos cuidados prestados; e (v) as UDEE reforçam os laços entre os

enfermeiros dos CPC e os enfermeiros da escola, criando um CPC mais positivo e promovendo a articulação entre o exercício clínico, as atividades de formação e a investigação.

Na parte II deste documento exploramos o trabalho de campo que é apresentado em duas partes distintas, uma respeitante à fase exploratória e outra mais relacionada com a recolha de dados relativos ao processo e resultados de implementação do modelo, seguindo a ordem cronológica. Assim, a fase exploratória (capítulo número 2 da parte II), que ocorreu essencialmente no primeiro ano letivo do estudo (2009-2010), incidiu sobre a recolha de dados preliminares acerca do protocolo e da parceria interinstitucional, das características dos EC em causa, assim como da visão de vários informantes considerados privilegiados no processo de parceria e de implementação do modelo.

No capítulo seguinte fazemos a abordagem detalhada do trabalho de campo realizado sobre o processo e os resultados da implementação do modelo, fazendo a descrição dos procedimentos metodológicos na recolha e análise dos dados, assim como dos resultados obtidos através das várias fontes (observação, entrevistas, questionário, análise de documentos). Esta exploração está organizada, em primeiro lugar, em função dos vários grupos de sujeitos ou fontes de dados (CPC, enfermeiros, professores, EE), sendo que segue também uma certa ordem cronológica, uma vez que nos pareceu que estes dois critérios ajudariam a criar uma certa lógica no encadeamento dos resultados obtidos. No final de cada subcapítulo tem lugar uma síntese, interpretação e discussão dos resultados respetivos.

No sentido de melhorar a compreensão dos assuntos abordados ao longo do trabalho, em cada capítulo, realizamos uma pequena introdução ao mesmo e, no final, uma síntese conclusiva. A exceção verifica-se no capítulo destinado ao desenho da investigação dada a sua estrutura e pequena dimensão.

Na conclusão do trabalho fazemos o balanço da consecução dos objetivos traçados inicialmente e procedemos à síntese e apreciação global do que consideramos mais relevante em toda a pesquisa realizada. Para além disso, a partir dos resultados obtidos, fazemos uma exploração das implicações práticas dos mesmos, em termos daquilo que consideramos importante no modelo, sobretudo, propostas de melhoria que nos pareceram incontornáveis, tanto ao nível da instituição de saúde e da instituição de ensino, como ao nível da articulação interinstitucional.

PARTE 1

REVISÃO DA LITERATURA

1. QUADRO TEÓRICO PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Introdução

Após a realização de pesquisa sobre as principais teorias educacionais, o seu enfoque, a sua abrangência e aplicabilidade, assim como, as considerações mais atuais sobre as mesmas, consideramos que seria importante focarmo-nos em três componentes desenvolvidas por alguns dos autores: o desenvolvimento de competências, a aprendizagem experiencial e a prática reflexiva.

A abordagem do desenvolvimento de competências constituiu para nós um aspecto fundamental desta pesquisa, uma vez que consideramos uma peça chave na educação em EC, sendo importante a exploração das várias dimensões veiculadas pelos autores que pudessem ajudar na maior compreensão deste item e a verificar como potenciar o desenvolvimento de competências, não só nos estudantes, mas também nos profissionais.

A exploração dos itens relacionados com a aprendizagem experiencial pareceu-nos também necessária, dado o predomínio da experiência propriamente dita no contexto do EC, assim como, a aprendizagem através da mesma, através das situações reais da prática e, também, no âmbito da formação em situação de trabalho.

Quanto à prática reflexiva, consideramos que seria um item incontornável, dados o seu potencial e relevância em qualquer profissão e na formação dos estudantes e, mais especificamente, no âmbito das profissões em que dominam as situações complexas e imprevisíveis, os dilemas na tomada de decisão e os julgamentos de cariz ético e moral, como o caso da enfermagem.

A exploração que se segue não teve a pretensão de esgotar cada um dos temas ou de se concentrar num só modelo ou autor, mas sim, de fazer uma abordagem geral dos aspetos considerados mais significativos nas teorias mais marcantes.

Tão pouco poderemos considerar que existem limites bem definidos entre cada um dos aspetos trabalhados, pois desenvolvimento de competências, aprendizagem experiencial e prática reflexiva são interdependentes, influenciando-se mutuamente.

No último subcapítulo apresentamos uma síntese dos aspetos mais relevantes desta abordagem teórica, no sentido de esclarecer os princípios que consideramos relevantes para a discussão dos resultados obtidos através do trabalho de campo.

1.1 Desenvolvimento de Competências

O desenvolvimento de competências é, no contexto atual, um aspeto que se impõe em qualquer nível de ensino e em qualquer profissão. Neste sentido, procuramos abordar a importância do desenvolvimento de competências, os conceitos de competências, as suas dimensões, tipologia, forma de construção e estratégias de desenvolvimento.

Le Boterf (2005), face aos desafios atuais de competitividade e de qualidade dos serviços ao nível das organizações, realça a importância do desenvolvimento de competências ao longo da vida, considerando a formação inicial necessária, mas insuficiente para dar resposta aos desafios atuais. Segundo o autor, não basta ter competências, é necessário que o profissional tenha condições para as desenvolver e para adquirir outras, assim como, para mobilizar os seus saberes e, também, os provenientes de várias fontes de informação, considerando que *“a economia do saber consiste em transformar a informação em conhecimento”*, ou seja, ser capaz de proceder à sua interpretação (Le Boterf, 2005, p.15). No entanto, alerta para a necessidade da satisfação dos profissionais no seio de uma organização, condição necessária para a sua adesão aos objetivos da qualidade. Também a Comissão Europeia refere a necessidade da educação visar o desenvolvimento de competências que permitam uma rápida adaptação e transição para o mercado de trabalho (European Commission, 2011). Neste sentido criou o quadro europeu com oito competências essenciais para a aprendizagem ao longo da vida, considerando que cabe aos educadores o papel de assegurarem que os cidadãos as possuam, de forma a adaptarem-se às mudanças da sociedade atual (Comissão Europeia, 2007). Rey et al. (2005) consideram que a abordagem por competências, em contexto escolar, motiva os estudantes, promove uma aprendizagem ativa e proporciona a sua transformação como pessoas.

Quanto ao conceito de competência/competências, como refere Stroobants (2006), não existe unanimidade acerca do mesmo, no entanto, apesar disso, Parente

(2004) considera que existem aspetos de convergência, como o facto de os autores considerarem que as competências só ocorrem no exercício da atividade profissional.

Na década de 90 do século XX, Minet (1994) referia que a noção de competência estaria ainda por construir e que se situava no cruzamento das dimensões objetivas (tarefa) e subjetivas (a pessoa com os seus conhecimentos e experiência) de uma atividade. Para Depresbiteris (2005) as competências implicam a mobilização de recursos cognitivos, psicomotores e afetivos, enquanto Perrenoud (2002a) considera que o desenvolvimento de competências não só requer a aquisição conhecimentos e de recursos, mas também a sua mobilização em situações de maior complexidade. Stroobants (2006) considera que a competência se relaciona com uma capacidade de mobilização de recursos para resolver determinado problema. Também Paiva e Melo (2008, p. 21/22) propõem como conceito de competência profissional *“a mobilização de forma particular pelo profissional [...] de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas [...] de maneira a gerar resultados reconhecidos individual, coletiva, económica e socialmente”*, enfatizando que a sua construção tem de estar ligada à formação contínua, à prática profissional e à reflexão.

Ramos (2006) refere a competência como o mecanismo de adaptação dos indivíduos às características particulares e instáveis da vida de forma que, interpretando-a, possam responder aos desafios tendo em conta os seus projetos de vida pessoais. A autora considera ainda que, no plano educativo, o conceito poderá servir para promover a ligação entre a formação e os contextos de trabalho, na medida em que o ensino centrado nos saberes passe a um ensino centrado no desenvolvimento de competências em situações concretas.

Através da análise de alguns conceitos de competência, Barreira e Moreira (2004) identificaram três elementos comuns: os saberes, definidos como conhecimentos, podendo ser disciplinares e não disciplinares; as capacidades, identificadas como saber fazer e como saber ser; e as situações-problema, como dificuldades ou questões contextualizadas. Neste sentido, o objetivo é a resolução de um problema em contexto, ou seja, *“um profissional competente é aquele que, na sua atuação, utiliza os saberes e as capacidades para ultrapassar obstáculos”* (Barreira e Moreira, 2004, p. 17). Neste âmbito, também Dias (2005) se refere aos saberes (competências pessoais ou genéricas e os saberes gerais e especializados dentro da profissão), o saber fazer (de âmbito psicomotor, técnicas e procedimentos), e o saber ser (competências sócio afetivas, relacionais e ético-morais) (Dias, 2005 p. 76).

A Comissão Europeia (2007) adotou como conceito de competência “*a combinação de conhecimentos, aptidões e atitudes adequadas ao contexto*” (Comissão Europeia, 2007, p. 3). Nesta perspectiva, também Bolívar refere que as competências são formadas por uma combinação de qualidades ligadas ao conhecimento e à sua aplicação, e ligadas às atitudes e responsabilidades, significando “*a aplicação, de forma efetiva, de conhecimento utilizável e habilidades num contexto específico*” (Bolívar, 2009, p. 29).

Para Wittorski (2004) a competência tem a ver com a ação de uma pessoa ou de um grupo de pessoas numa situação concreta, considerando que a definição de competência apresenta algumas dificuldades, contudo considera-a mais um processo do que um estado e, nesta perspectiva, encara o desempenho (“*performance*”) como o produto da competência. O autor considera ainda que a noção de competência reside no cruzamento de três áreas da pessoa: a sua biografia, a sua experiência profissional e a sua formação, apontando as condicionantes do meio como relevantes, mas também valorizando as representações individuais de cada pessoa. Para além disso, concebe a competência como um “*saber agir reconhecido*” na medida em que depende de uma apreciação social (Wittorski, 2004 p. 78).

Rey et al. (2005) abordam a competência como a capacidade de realização eficaz de uma tarefa com um determinado objetivo, confrontando os saberes individuais em contexto real, implicando características, como a adaptabilidade da pessoa a uma situação inesperada, a sua personalidade e história de vida, e a sua capacidade de mobilização dos saberes. Os autores referem três graus de competência: primeiro grau, designada de elementar ou processual, que consiste em executar uma ação como resposta a um sinal predefinido; segundo grau, designada de elementar ou interpretativa, onde perante situação desconhecida se escolhe a melhor resposta; terceiro grau, designada de complexa em que, perante uma situação desconhecida e complexa, se escolhe e combina a resposta (Rey et al., 2005, p. 48).

No seguimento do conceito anterior, também Ceitil (2007, p. 24/42) designa as competências como “*modalidades estruturadas de ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto*”, considerando-as como *outputs* que são evidenciados com regularidade e não de forma casual, com vista a um elevado desempenho profissional. Para o autor este conceito, apesar de considerar as características de cada pessoa, que designa de *inputs*, implica que as competências sejam exercidas, ou seja, que existam na e pela ação e que se traduzam em *outputs*.

Neste sentido, o autor realça a importância de, tanto na atualização como na avaliação de competências, se atender a indicadores comportamentais observáveis, o que permitirá chegar a um elevado nível de desempenho profissional.

Para Le Boterf (2005) a competência não pode ser vista apenas na perspectiva técnica, mas terá de ser encarada como multidimensional e cada vez mais em relação a um destinatário (ex. cliente, doente). O autor realça a necessidade de não se confundir competência com recursos (saberes), pois considera que a competência só existe se há uma mobilização dos mesmos na ação. Nesta perspectiva, aborda a noção de profissional competente como aquele que não só tem conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas, mas que é flexível, possui capacidade para aprender, para se adaptar a novas realidades e para lidar com situações de maior complexidade e instabilidade, não só resolvendo problemas, mas antecipando-os. Neste sentido, Le Boterf (2000; 2003) valoriza não só o saber agir e reagir e combinar os recursos disponíveis, mas também o saber aprender a aprender e o saber envolver-se (querer agir), que implica a subjetividade e a dimensão afetiva da pessoa. Portanto, para o autor a competência é considerada como o resultado de três componentes: o *saber agir*, que implica a mobilização de vários recursos, o *querer agir*, que tem a ver com a motivação e o *poder agir*, que está relacionado com as condições do contexto (Le Boterf, 2005, p. 28).

Também Ramos e Bento (2007) se referem às componentes das competências, mencionando para além dos saberes (saber, saber fazer e saber ser), o querer fazer (determinado pelas motivações), e o poder fazer, que engloba os meios e recursos adequados ao desempenho o que, segundo as autoras implica dois tipos de fatores integradores das competências, os pessoais e os de suporte (processos organizacionais).

Le Boterf (2005) considera que a definição de competência pode variar conforme as características das situações de trabalho, das mais simples e rotineiras para as mais complexas e imprevisíveis. Nesta perspectiva, no primeiro caso, a competência pode centrar-se no saber fazer e em pôr em prática prescrições (“*prescrição estrita*”), enquanto no segundo caso a competência pode centrar-se mais no âmbito do saber agir e reagir, como resolver problemas, tomar decisões, inovar, indo mais além do que está prescrito (“*prescrição aberta*”). Considerando que toda a competência deve ser contextualizada, Le Boterf sugere que seja definida em função das organizações e contextos de trabalho, como “*um saber fazer em situação de trabalho*”, ou como “*um saber agir em situação de trabalho*” (Le Boterf, 2005, p. 31).

Por outro lado, Le Boterf (2005) considera que a competência jamais poderá ser vista apenas sob a perspectiva individual, mas deverá ser encarada tendo em conta a sua componente coletiva, uma vez que o indivíduo não mobiliza só os seus próprios recursos, mas também os provenientes de outros, está dependente da partilha de experiências, do contexto de trabalho, da formação, sendo que considera que *“é difícil agir com competência num coletivo fragilizado [...] em que não são tiradas, nem capitalizadas as lições da experiência”* (Le Boterf, 2005, p. 24).

De uma forma global, Le Boterf (2005) considera que alguém age com competência se souber mobilizar os recursos adequados para implementar ações necessárias num determinado contexto, com vista a obtenção de resultados tendo em conta os indicadores estabelecidos. A respeito dos recursos, distingue os recursos da pessoa e os recursos do meio onde a mesma se encontra inserida, incluindo nos primeiros os saberes, o saber fazer, as aptidões ou qualidades, e as experiências acumuladas, e nos segundos, os equipamentos, as máquinas, as informações e as redes relacionais (Le Boterf, 2003, p. 93 e 127). Relativamente às aptidões ou qualidades pessoais considera que devem ser identificadas em função do contexto em causa, referindo que o saber ser é o resultado da interação entre a pessoa e a situação em causa.

Le Boterf (2005) também reforça a ideia de que ser competente exige, não só saber executar bem uma ação, mas também, compreender as razões subjacentes à mesma e a forma como agiu (perceber o como e o porquê), assim como, ser autónomo (no sentido da autorregulação) e ser capaz de transferir as competências para outros contextos. Nesta perspetiva, Le Boterf refere-se a dois eixos sobre os quais a competência deve ser vista e que todos os formadores devem ter em conta no processo de desenvolvimento de competências: *“o eixo da atividade ou da ação contextualizada”*, relacionado com o saber fazer ou o saber agir; e *“o eixo da distanciação”*, relacionado com o processo reflexivo sobre a ação e com a conceptualização da mesma (metacognição), o que pode conduzir a uma maior compreensão acerca das situações em causa, a uma maior motivação para aprender, a uma maior capacidade para transferência das aprendizagens e à melhoria das práticas (Le Boterf, 2005, p.37).

Para além disso, Le Boterf (2003; 2005) distingue competência requerida de competência real, sendo que a primeira relaciona-se com as regras ou os imperativos exigidos para o desempenho numa determinada situação, enquanto a segunda se refere à sua interpretação por parte da pessoa que age, no sentido de que não existe uma só

forma de resolver um problema com competência (Le Boterf, 2003; 2005). Quanto à transferibilidade das competências, o autor considera que é uma capacidade mais relacionada com o processo de reflexão do que propriamente com a transferência de conhecimentos de saber fazer ou até da aprendizagem. Na sua perspectiva *“transferir é reintegrar uma aprendizagem numa situação diferente daquela em que se produziu”* (Le Boterf, 2005, p. 57).

Pires (2005) realça a importância de uma abordagem sistémica das competências, de forma que se articule os aspetos individuais e os aspetos do meio onde a pessoa se encontra inserida. Nesta perspetiva as competências são concebidas como a combinação de conhecimentos, atitudes e valores, assim como uma prática refletida, que são utilizados pela pessoa na compreensão de situações específicas em que se encontra. Para a autora toda a competência é contextualizada e não deve ser separada das condicionantes em que é utilizada. Por outro lado, nesta abordagem sistémica evoca a articulação da competência com a autoimagem da pessoa e a influência desta na primeira, uma vez que implica um nível de autoconfiança nos próprios recursos e capacidades. Nesta linha, refere que *“a competência exige uma integração dinâmica de diversos tipos de saberes, que são finalizados na realização das atividades concretas”* (Pires, 2005 p. 291). A autora constatou que a abordagem das competências pode ser feita numa dupla perspetiva, por um lado, encarando-as como o produto final num dado momento de um percurso formativo individual, por outro, como um processo em permanente construção que nunca estará terminado e para o qual é necessário criar condições.

Quanto à construção das competências, o modelo de Wittorski (2004) aponta para cinco formas, tendo em conta várias formas de pensamento e de ação: pela ação latente (a lógica da ação, formação em situação de trabalho), pela interação entre ação e reflexão sobre a ação (lógica da reflexão e da ação, formação em alternância), pela reflexão retrospectiva sobre a ação (lógica da reflexão sobre a ação, análise das práticas), pela reflexão antecipadora de mudança sobre a ação (lógica da reflexão para a ação, situações de definição de novas práticas) e pela transmissão/produção controlada de saberes teóricos (lógica da integração/assimilação) (Wittorski, 2004 p. 86; Pires, 2005 p. 309/310). Também Rey et al. (2005) referem que, no processo de construção de competências, é necessário refletir sobre a atividade e as suas características, sobretudo, quando o procedimento é mecânico ou automatizado.

Dias (2005) lembra que o processo de desenvolvimento de competências se dá, não só através da formação em contexto escolar, mas também através da formação informal, das experiências de vida e também através dos contextos profissionais. No contexto da mobilização de competências dentro das organizações, Parente (2004) refere que a autoconfiança, a autoestima e autoimagem positiva são essenciais para a mobilização de competências, para além disso, Cavaco (2007) refere o ambiente e as condições de trabalho adequados.

No que respeita aos tipos de competências, Barreira e Moreira (2004) referem-se às competências essenciais ou disciplinares e às competências transversais ou interdisciplinares, considerando as segundas compostas por um elevado grau de generalidade e promotoras da autonomia dos estudantes. Da mesma forma, Ceitil (2007) distingue as competências transversais das específicas, considerando as primeiras de carácter mais universal e, portanto, requeridas na maioria dos contextos, e as segundas requeridas em âmbitos mais restritos, sendo de cariz mais técnico.

Bolívar (2009), no âmbito do Espaço Europeu de Educação Superior, também se refere às competências gerais comuns a qualquer disciplina (que incluem as competências instrumentais, interpessoais e sistémicas), e as competências específicas, relativas a métodos e técnicas de uma determinada área. No que concerne às primeiras, o autor faz referência a algumas, como a capacidade de análise e de síntese, a cultura geral, a capacidade para a liderança, entre outras. Também Cavaco (2007) menciona a organização e a liderança como fundamentais em qualquer contexto, para além da capacidade de resolução de problemas. O autor considera que, na atualidade, são as competências interpessoais, de carácter mais transversal, que assumem maior relevo. Le Boterf refere-se à importância das “*competências comportamentais*” para o exercício de qualquer profissão, como a autoconfiança, a capacidade de escuta, a iniciativa e a atitude de acolhimento (Le Boterf, 2003, p. 125).

Vários autores fazem referência à importância da competência emocional, focando-se no desenvolvimento da inteligência emocional. Ascenso (2007) (tendo por base o modelo de Mayer e Salovey) refere-se à inteligência emocional como “*a capacidade de perceber, avaliar e expressar as emoções de forma precisa*”, de gerar emoções que promovam o conhecimento, de saber usar a informação emocional, e de gerir as emoções de forma que se verifique crescimento pessoal (Ascenso, 2007, p. 249). Goleman (2001) menciona a inteligência emocional como um conjunto de capacidades que incluem o autocontrolo, o zelo, a persistência, a capacidade de

automotivação, considerando que a importância da inteligência emocional reside na ligação entre sentimento, caráter e instintos morais, referindo que é necessário “*trazer inteligência à emoção*” (Goleman, 2001, p. 20). As componentes da inteligência emocional são a consciência de si mesmo, a autorregulação e a motivação, a empatia e as habilidades sociais (Goleman, 2001; Bermejo, 2005).

Goleman (2001, p. 101) refere-se à importância da autoconsciência na gênese da empatia e no desenvolvimento da autoconsciência emocional, considerando que as emoções influenciam as capacidades mentais e que por isso a inteligência emocional é uma “*uma aptidão mestra*”. Bermejo (2005) considera que a competência emocional conduz ao controle do mundo emocional, integrando de forma equilibrada tanto as emoções positivas quanto as negativas, permitindo que as pessoas sejam capazes de discernirem e de agirem de forma criteriosa e controlada e, por conseguinte, de forma humanizada, pois conhecer a própria vulnerabilidade e limitações ajuda na compreensão do outro como ser humano.

Hunt (2006) relaciona o desenvolvimento da competência emocional com o desenvolvimento da competência social. Ascenso (2007) considera que o desenvolvimento de competências de inteligência emocional pode ser importante no contexto das organizações a vários níveis, mas sobretudo, para que o trabalho seja motivador e promotor do desenvolvimento pessoal e para que desempenho seja de elevada qualidade.

No que respeita à promoção do desenvolvimento de competências, Malglaive (1994) refere-se aos formadores competentes (*experts*), com experiência ao nível da prática, como elementos essenciais. Depresbiteris (2005) faz alusão à resolução de problemas, à mobilização de conhecimentos já adquiridos, à integração de novos conhecimentos e à estimulação da criatividade.

Perrenoud (2002b p. 99) considera que “*as competências não se ensinam, constroem-se graças a um treino*”, através de uma prática reflexiva com apoio de supervisão, ou seja, treinar de forma organizada e repetida, colocando o estudante perante situações complexas, dando-lhe tempo para integrar conhecimentos e estratégias de resolução de problemas e para desenvolver a sua capacidade de tomar decisões. Rey et al. (2005) consideram a pedagogia do projeto e a colocação de situações-problema, como formas de ligar a teoria à prática e de promover a autonomia dos estudantes na construção dos saberes. Barreira e Moreira (2004), para além das situações-problema, consideram que os professores devem selecionar as situações de aprendizagem mais

adequadas, disponibilizar os recursos necessários, ter em conta os conhecimentos anteriormente adquiridos pelos estudantes, encorajar a descoberta do conhecimento e a autoavaliação. Bolívar (2009) faz referência a estratégias como os estudos de caso, o trabalho em equipa, a aprendizagem autónoma ou autorregulada, a investigação. No âmbito da inteligência emocional, Hunt (2006) refere-se à utilização de estratégias promotoras da reflexão, como discussões em pequenos grupos, reflexões escritas, e jornais reflexivos. Vieira, et al. alertam para a necessidade dos professores adotarem estratégias pedagógicas direcionadas para a “*promoção de aprendizagens ativas*” (Vieira, et al., 2004 p. 35), enfatizando o desenvolvimento do espírito crítico, das capacidades de regulação da aprendizagem, de pesquisa e de resolução de problemas.

Dias (2005) refere-se ao ensino para a competência, considerando que o mesmo deve ter em conta três aspetos essenciais: a existência de objetivos educacionais bem definidos, a responsabilização de professores e estudantes no ensino, na aprendizagem e na avaliação e, ainda, a necessidade de atender às características individuais e aos ritmos de aprendizagem de cada um dos estudantes, lembrando que o objetivo principal é a construção e o desenvolvimento de competências que preparem os formandos para o exercício da profissão (Dias, 2005 p. 185). Na sua perspetiva os modelos de formação para a competência devem ajudar cada pessoa a desenvolver de forma articulada a capacidade para tomar decisões, para aprender a aprender, assim como a refletir sobre a sua prática. Acerca dos modelos de ensino para a competência, conclui que atender às necessidades e motivações dos estudantes, assim como, a promoção do seu envolvimento no currículo e nos programas de ensino, produzem impacto positivo nos resultados da aprendizagem. A autora foca a importância de o paradigma educacional relevar o desenvolvimento global dos formandos, com ênfase nas competências que levam à capacidade de pensar e de agir em situações complexas (Dias, 2005 p. 186), para além de promover a articulação entre a teoria e a prática profissional, entre professores e formadores dos CPC, e entre todos e a investigação.

Como já foi referido anteriormente alguns autores focam a resolução de casos como promotora do desenvolvimento de competências. Na perspetiva de Maufette-Leenders (2001), a análise, discussão e resolução de casos permite desenvolver a tomada de decisão, a capacidade de análise, de integração teórico/prática, de comunicação oral, de aprendizagem através dos pares, de criatividade, entre outras, preparando melhor os futuros profissionais.

Outros autores focaram a “*Problem-Based Learning* ” (PBL) como promotora da aprendizagem e do desenvolvimento de competências, tanto nos estudantes como nos profissionais. Biley et al. (1999) consideram que a PBL é mais do que uma metodologia, considerando-a antes uma filosofia baseada na andragogia, ou seja na convicção de que os adultos têm necessidades de ensino/aprendizagem diferentes das crianças. Também não se trata da metodologia de resolução de problemas ou de resolução de casos (Zubaidah, 2005). A PBL constitui uma forma de ensino aprendizagem que consiste em usar os problemas como ponto de partida para a aprendizagem, a existência de um pequeno grupo de estudantes (sete a dez), e uma orientação flexível da parte do professor (Sackalingam et al., 2011 p. 1; Biley et al., 1999 p. 1206). Os autores concluíram que a PBL promove o desenvolvimento de conhecimentos, competências e atitudes nos estudantes, favorecendo o espírito crítico, a reflexão, a capacidade de análise e a aprendizagem autoregulada individuais e em grupo, assim como, as competências no contexto da prática (Creedy et al., 1992; Biley et al., 1999; Zubaidah, 2005). Zubaidah (2005) concluiu que a PBL estimula o desenvolvimento dos profissionais que possuem espírito crítico, que são reflexivos, que dirigem a sua aprendizagem e que apostam na aprendizagem ao longo da vida.

Le Boterf (2005), relativamente ao desenvolvimento de competências no contexto profissional, refere que a metacognição pressupõe a intervenção de um formador que deve ter uma atitude de abertura, apoio, *feedback*, questionamento, confronto e de promoção de articulação de conhecimentos. Para além disso, menciona estratégias, como promoção de diversidade de situações de aprendizagem, criação de espaços de análise das práticas profissionais, acompanhamento por um profissional experiente, partilha de experiências com os pares, resolução de problemas, entre outras. De uma forma mais específica, considera que o desenvolvimento do saber agir se dá através da formação (ao nível do saber e do saber fazer) e do treino, enquanto o querer agir se desenvolve através da promoção da autoimagem positiva e da criação de um ambiente de confiança, estimulador da autonomia e da criatividade individuais; o poder agir desenvolve-se através de um contexto adequado, pela disponibilidade de equipamentos, recursos de informação e formação em contexto de trabalho (Le Boterf, 2000; 2003).

1.2 Aprendizagem Experiencial

Acerca da aprendizagem experiencial, verificamos que o conceito surge, necessariamente, ligado às concepções de cada autor acerca da aprendizagem propriamente dita e, também, articulado com as componentes relativas aos processos reflexivos e à educação informal, não institucionalizada, sendo frequentemente abordado no âmbito da educação de adultos, mais precisamente na educação ao longo da vida, na aprendizagem a partir das histórias de vida e na formação em contexto de trabalho.

No âmbito deste trabalho e a partir dos vários autores consultados, iremos explorar o conceito, a importância deste tipo de aprendizagem e os princípios subjacentes, assim como, os fatores influenciadores e, também, os aspetos mais específicos ligados à aprendizagem em contexto de trabalho.

No que respeita ao conceito, consideramos importante em primeiro lugar partir das concepções acerca da experiência propriamente dita.

Boud et al. (1985, p.18) definem experiência como “*a resposta total de uma pessoa a uma situação ou evento*”. A este respeito, Boud et al. (2011) referem que, apesar das ambiguidades em que o conceito está envolvido, a experiência não pode ser vista só como um mero acontecimento, nem como uma sensação isolada, mas antes como um acontecimento portador de significado e constituído por elementos como pensamento, julgamento e articulação com experiências anteriores. Pires (2005) considera que a experiência pode implicar não só a existência de uma situação concreta, vivência ou acontecimento, que é vivido pela pessoa de acordo com os seus quadros de referência, mas também pode implicar aquisições estruturadas e integradas que são construídas e reconstruídas ao longo da sua vida (Pires, 2005 p. 186).

No que respeita ao conceito de aprendizagem experiencial Evans (2000, p. 18), citando Keeton e Tate, refere a aprendizagem experiencial como aquela em que o aprendiz se encontra em contacto direto com as realidades estudadas, em contraste com a aprendizagem em que o aprendiz ouve, lê, ou escreve sobre um assunto, mas não está em contacto direto com a realidade durante o processo de formação. Contudo, Evans (2000) refere que o conceito é inclusivo, ou seja, não deve ser encarado apenas como a aprendizagem proveniente do contexto do trabalho, mas também a aprendizagem realizada a partir de muitos outros contextos da própria vida. Para o autor, as atividades da aprendizagem experiencial residem numa zona de interseção

entre o mundo da educação formal e os mundos do emprego e da vida (Evans, 2000, p. 19). No que respeita à aprendizagem experiencial versus formação experiencial, Pires (2005), através da abordagem de diversos autores, conclui que os dois conceitos dizem respeito à mesma realidade, embora com especial incidência nas aprendizagens que se realizam fora do contexto da educação formal.

Vários autores destacam a importância da aprendizagem experiencial nos mais variados contextos, realçando os seus aspetos positivos.

Parson e Smith (1985) referem que através de cada experiência é possível tirar vários proveitos, como a aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades, o desenvolvimento de competências e uma compreensão mais aprofundada acerca de si próprio e dos outros. Evans (2000) refere que a aprendizagem experiencial pode aumentar a confiança individual, a motivação para aprender, assim como, a consciência individual acerca das próprias capacidades. Também Pires (2005) considera que a experiência, ao propiciar o confronto entre a pessoa e os seus quadros de referência, pode ser formadora para a pessoa envolvida, na medida em que conduz a uma melhor compreensão de si e dos outros, e à aquisição de conhecimentos e de competências (Pires, 2005).

No âmbito das histórias de vida na aprendizagem de adultos, Dominicé (1996) menciona o papel da experiência na aprendizagem dos conhecimentos necessários à existência, numa perspetiva de que a pessoa constrói o seu conhecimento ao longo da sua vida, considerando que o conceito de experiência remete para uma pedagogia interativa. Nesta perspetiva, aponta a experiência como importante não só na aquisição do conhecimento, mas na formação de quadros de referência, através da interpretação das experiências de vida significativas. O autor considera que a experiência não possui uma epistemologia reconhecida e não é tratada com base num quadro teórico exterior, mas é veículo de teoria, podendo ser útil na análise de problemas e/ou na resolução dos mesmos.

Knowles (2011), na descrição do seu modelo de aprendizagem de adultos (Andragogia) valoriza a experiência, referindo que as experiências prévias da pessoa que aprende podem constituir um conjunto de recursos muito válidos no processo de aprendizagem, considerando que a predisposição para aprender está intimamente relacionada com a necessidade de lidar com uma situação concreta ou com o desempenho de uma determinada tarefa.

Também Rogers (2009) se refere à importância e ao valor da experiência, não pela sua infalibilidade, mas pelo facto de poder ser confirmada e os seus erros serem corrigidos em situações futuras, afirmando *“é sempre à experiência que eu retorno, para me aproximar cada vez mais da verdade, no processo de descobri-la em mim”* (Rogers, 2009, p. 47).

Outros autores referem-se à importância da aprendizagem experiencial, abordando o conceito e os princípios subjacentes, inevitavelmente ligados às suas concepções acerca da aprendizagem.

Dewey (1963) referia-se à *“aprendizagem através da experiência”*, afirmando que o facto de se considerar que a verdadeira educação provinha através da experiência, não significava que todas as experiências fossem, na sua essência, educativas. Nesta perspetiva, alertava para a necessidade de se atender à qualidade da experiência, sendo que neste aspeto destacava duas dimensões: a mais imediata, relacionada com o facto de a experiência ser ou não agradável, e a menos imediata, relacionada com o seu efeito nas experiências seguintes. Assim, considerava que, tal como o homem, *“[...] nenhuma experiência vive ou morre para si própria [...] cada experiência vive nas experiências futuras”*, e que por isso, o aspeto fundamental da aprendizagem através da experiência residia na seleção, por parte do formador, das experiências que pudessem perdurar de forma produtiva e criativa nas experiências futuras, no que designava de *“continuity”* ou *“experiential continuum”* (Dewey, 1963, p. 27 e 33). Neste sentido, cada experiência traz consigo algo das experiências passadas e, ao mesmo tempo, interfere na qualidade das experiências posteriores, sendo que o autor dava como exemplo deste *continuum* o desenvolvimento, não só físico, mas também, intelectual e moral da pessoa. Para além disso, Dewey (1963) referia que na interpretação da experiência era necessário atender à interação entre os fatores internos e externos da pessoa, ou seja, a experiência resultaria sempre de uma dialética entre a pessoa e tudo o que constitui o seu contexto num dado momento. Portanto, continuidade e interação constituíam para Dewey (1963) dois princípios fundamentais na educação baseada na experiência, considerando que não deveriam ser vistos de forma separada, mas em constante articulação, no sentido de que aquilo que a pessoa aprende (conhecimento ou habilidade) numa dada situação, transforma-se numa ferramenta útil na compreensão e no desempenho adequados em situações futuras.

Kolb (1984) constituiu um dos autores que mais abordou a relevância da aprendizagem experiencial, especialmente, no âmbito da aprendizagem de adultos,

concebendo-a como uma forma de adaptação da pessoa ao meio. O autor considera que “*aprender é o maior processo de adaptação humana*”, sendo um processo em que o conhecimento é continuamente recriado através da transformação da experiência (Kolb, 1984 p. 32 e 38).

No seu modelo de aprendizagem experiencial, Kolb vinca o aspeto central da experiência na aprendizagem, afirmando que o modelo pretende ser integrativo e não exclusivo, na medida em que “*combina experiência, percepção, cognição, e comportamento*” numa perspetiva holística do processo de aprendizagem (Kolb, 1984 p. 21). A ênfase é colocada mais no processo de aprendizagem do que nos seus resultados, em que as ideias não são fixas nem imutáveis, mas que são construídas e reconstruídas através da experiência, e em que o conhecimento é constantemente derivado e testado a partir da experiência de quem está a aprender. Kolb (1984) considera que são necessárias quatro etapas para que a aprendizagem seja efetiva: a experiência concreta, a observação reflexiva, a conceptualização abstrata e a experimentação. Nesta perspetiva, o modelo é concebido segundo dois eixos: um vertical, constituído pelos polos da experiência concreta e o da conceptualização a partir dessa experiência; um horizontal constituído pelos polos da observação refletida e o da experimentação (Kolb, 1984 p. 31; Kolb, et al., 1999 p. 3). A aprendizagem é concebida como um processo em que a pessoa experiencia, reflete, pensa e age de uma forma dialética que é influenciada pela situação de aprendizagem e pelo assunto alvo. Assim, é necessário capacidade para observar e para refletir sobre as experiências, para criar conceitos que integrem as observações, a partir dos quais surjam novas teorias que servirão de base à resolução de problemas em situações novas (Kolb, 1984 p. 30; Kolb, et al., 1999).

Para Kolb (1984) a aprendizagem pode ocorrer nos mais variados lugares e nas mais variadas situações, dentro e fora da escola, no trabalho e noutros contextos, englobando atitudes, tomadas de decisão, criatividade, flexibilidade, mudanças, transformações, capacidade para a resolução de problemas (Kolb, 1984 p. 32). Para o autor esta conceção holística possibilita a articulação entre os vários contextos em que a pessoa se movimenta, entre a teoria e a prática, entre a escola e o mundo do trabalho, situando a aprendizagem ao longo de todo o ciclo vital, concebendo-a como uma “*transação*” entre os aspetos mais subjetivos da pessoa e os aspetos mais objetivos do ambiente em que a mesma se encontra inserida.

Parson e Smith (1985, p. 70), no âmbito da aprendizagem experiencial, reforçam o papel da reflexão sobre a ação, que designam de “*debriefing*”, como aspeto fundamental e, praticamente, tão necessário para o sucesso da aprendizagem, como a experiência propriamente dita. Neste sentido, consideram importante que após a experiência se proceda, não só ao balanço entre os resultados obtidos e as intenções e os objetivos delineados anteriormente, mas também, à reflexão sobre a experiência, que deve ser constituída por três etapas: a descrição da experiência (o que aconteceu), a identificação dos sentimentos ocorridos durante a experiência (como os participantes se sentiram) e a averiguação do significado da experiência.

Segundo Josso (2002), para que uma experiência seja formadora é necessário que ela integre várias dimensões da subjetividade e da identidade da pessoa, tais como: pensamentos, saber-fazer, sentimentos, atitudes, comportamentos, ou seja, “*o conceito de experiência formadora implica uma articulação conscientemente elaborada entre atividade, sensibilidade, afetividade e ideação que se objetiva numa representação e numa competência*” (Josso, 2002 p. 35). Isto implica a pessoa no seu todo e, também, as interações entre a pessoa e o seu meio, acarretando como consequências maior consciencialização de si, dos outros e do meio, maior responsabilização, maior autonomia, maior abertura à mudança. A autora refere-se ao que designa de “*pensar as experiências*”, como uma forma de elaboração da experiência, implicando um trabalho de reflexão, numa dialética entre o individual e o coletivo, fazendo-se uma autointerpretação a partir da qual se chega à cointerpretação da experiência (Josso, 2002 p. 40). Nesta perspetiva Josso (2002) defende que a experiência e as experiências de vida de uma pessoa serão formadoras na medida em que possibilitarem a explicitação do que foi aprendido através da experiência, “*em termos de capacidade, de saber fazer, de saber pensar e de saber situar-se*” (Josso, 2002 p. 178).

Também Pires (2005) refere que será essencial uma atitude de busca e de abertura relativamente a si mesmo, aos outros e ao meio, para o processo de elaboração do vivido a partir da experiência. A autora enfatiza a importância da articulação entre os aspetos da pessoa e os respeitantes aos grupos e meios onde está inserida, a dimensão individual e a dimensão coletiva, “*os polos da autointerpretação e da cointerpretação*” (Pires, 2005 p. 198), também apontados por Josso (2002), no sentido de que a elaboração da experiência surge através da interpretação que a pessoa faz dela, assim como, através do diálogo que estabelece com os outros. Nesta perspetiva, é necessário a existência de reflexão e espírito crítico em todo o processo, uma vez que a experiência

por si só não conduz necessariamente à aprendizagem. Pires (2005) salienta que a aprendizagem experiencial requer a implicação da pessoa no seu todo, exigindo uma tomada de consciência pessoal. Nesta perspectiva, a autora considera que para que exista aprendizagem é necessário que a pessoa se implique cognitivamente, que atribua significado à experiência, que a compare com as anteriores, relevando a importância dos recursos individuais para que a aprendizagem se verifique. No entanto, chama também a atenção para o contexto da pessoa, para as dimensões culturais e sociais, como elementos necessários para a aprendizagem experiencial. A autora considera que a experiência é uma fonte de evolução, sendo através dela que o sujeito se constrói a si próprio e, portanto, desenvolve a sua identidade. Nesta perspectiva a aprendizagem é vista como um processo que abrange todas as dimensões da pessoa, sejam afetivas, intelectuais e sensoriais, implicando um processo contínuo de reflexão.

Segundo Correia (1997) a formação experiencial é de âmbito prospetivo, no sentido de que a reconstrução das experiências passadas serve também para projetar o futuro. Jarvis (2010) considera que existe uma espécie de permuta entre a história de vida de cada um e a forma de construção das experiências, no sentido de que a biografia da pessoa influencia, consciente e inconscientemente, a construção da experiência mas, por outro lado, também a história de vida é influenciada pelas experiências que ajuda a construir. No processo de construção da experiência está implicada a pessoa no seu todo, habilidades, atitudes, valores, crenças, sentimentos, emoções e conhecimentos. Para além disso, o autor também menciona a influência dos quadros de referência culturais no processo pessoal de construção das experiências, considerando que isso interfere não só na identidade da pessoa, mas também na sua forma de aprender. Jarvis (2010) considera que se lida com a experiência, pensando, sentindo, fazendo, sendo que o seu conteúdo depende do tempo que a mesma durar e do grau de atenção que lhe é prestada. No entanto, alerta para a pressão imposta pelo tempo que faz com que, muitas vezes, não se consiga apreciar a riqueza que as experiências podem transportar. Na opinião do autor, a experiência pode promover um determinado tipo de aprendizagem, mas sobretudo, pode melhorar a aprendizagem acerca de si próprio. Jarvis (2010) refere que a experiência implica estar consciente do ambiente onde se está inserido e ter a perceção da experiência em si, mesmo que não seja imediata, afirmando que só se aprende a partir da experiência que é processada internamente. Neste sentido, considera que não se aprende só na escola, uma vez que as experiências de aprendizagem podem acontecer em qualquer altura e em qualquer lugar.

Boud et al. (2011) desenvolveram um modelo de aprendizagem de adultos, constituído por duas componentes, a experiência e a reflexão, considerando a reflexão a partir da experiência de extrema importância para o processo de aprendizagem. Na sua perspetiva, é importante voltar à experiência, identificar os sentimentos e reavaliar a experiência, de forma a possibilitar o confronto com as aquisições anteriores e a aquisição de novos conhecimentos. Neste sentido, Boud et al. (2011) enumeram um conjunto de proposições que consideram fundamentais na aprendizagem a partir da experiência, e que exploraremos de seguida.

A primeira proposição refere-se ao facto da experiência ser o fundamento da aprendizagem, considerando que toda a experiência encerra em si mesma a oportunidade de aprender. No entanto, como já foi referido, para que a aprendizagem ocorra, os autores consideram que é necessário trabalhar a experiência, por vezes mais que uma vez, individualmente ou em conjunto, com a ajuda de um facilitador (ex. professor), de forma que se possa extrair os significados da experiência. Também, não é necessário que a experiência seja recente, partindo do princípio de que, apesar de a experiência ser a mesma, a interpretação que se faz dela ao longo do tempo poderá ser diferente e conduzir a uma nova compreensão. Neste ponto, Boud et al. fazem referência ao papel fundamental da reflexão no processo de recuperação e reinterpretação da experiência, ou seja, através do *“diálogo com a nossa experiência podemos converter o saber experiencial [...] em saber proposicional”* (Boud et al., 2011, p.20).

Outro princípio mencionado por Boud et al. (2011) relaciona-se com o facto de os *“aprendizes”* construírem ativamente a sua experiência, sendo que a interpretação da mesma, para além de ser influenciada pelo passado de cada pessoa, também é influenciada pelas suas expectativas, conhecimentos, atitudes e emoções em relação ao acontecimento em causa.

Numa outra proposição Boud et al. (2011) afirmam que a aprendizagem constitui um processo holístico, ou seja, que se desenvolve como um todo, implicando a articulação das várias componentes, cognitivas, afetivas e psicomotoras de cada pessoa.

Para além das proposições anteriores, Boud et al. (2011) referem mais duas, por um lado consideram que a aprendizagem se constrói social e culturalmente, por outro lado, consideram que também é influenciada pelo contexto socio-emocional em que se processa. Desta forma, referem-se à influência do contexto, das suas normas sociais e culturais, na interpretação que a pessoa faz das suas experiências, considerando a

linguagem como uma das maiores influências, e a reflexão crítica como uma forma de tomada de consciência destas influências. Para além disso, os autores fazem também referência à influência dos sentimentos e das emoções na aprendizagem, afirmando que *“negar os sentimentos é negar a aprendizagem”* (Boud et al., 2011, p. 25). Neste sentido, apontam as experiências passadas, a autoestima e a confiança pessoal como elementos com grande influência na aprendizagem, no sentido de que a imagem que cada um tem de si próprio influencia a interpretação que faz da experiência, numa dialética em que por um lado a autoestima e a autoconfiança podem surgir através da aprendizagem pela experiência e, por outro, para que esta se processe é necessário que as primeiras se verifiquem.

Vários autores fazem referência à aprendizagem que se processa através da experiência nos contextos de trabalho, seja nos estágios curriculares no âmbito da educação formal promovida pelas instituições de ensino, seja ao nível da educação mais informal, como a formação em contexto de trabalho.

Segundo Kolb et al. (1999) os contextos de trabalho têm uma grande influência na aprendizagem dos estudantes quando, durante o seu curso, são postos em contacto direto com situações reais, exigindo o recurso a uma grande variedade de formas de aprender. Por outro lado, segundo os autores, os contextos de trabalho são importantes no âmbito da escolha de uma profissão, pois implicam a exposição do futuro profissional a um ambiente ou contexto específico, requerendo uma determinada adaptação, de forma que o estudante entra em contacto com os valores veiculados pelo grupo de profissionais com os quais contacta, assim como, com o comportamento profissional esperado, o que influencia e molda o estilo de aprendizagem através dos hábitos adquiridos.

Jarvis (2010) refere-se às situações da prática como as situações privilegiadas para o desenvolvimento de experiências de aprendizagem, fazendo a comparação entre a aprendizagem na sala de aula e no contexto de prática, considerando que as experiências neste contexto são únicas e diferentes, independentemente da aprendizagem que tenha ocorrido em sala de aula. No contexto de prática, quanto mais o estudante tiver aprendido em experiências anteriores, mais propenso estará a utilizar o conhecimento numa nova experiência.

Caires (2001), referindo-se aos estágios curriculares no ensino superior, aponta inúmeras vantagens dos mesmos, como o aumento dos conhecimentos e experiências, a maior aproximação às exigências da carreira profissional, uma visão mais fidedigna do

mundo do trabalho, assim como, oportunidade dos estudantes se desenvolverem em termos pessoais, sobretudo, pelo desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo e da capacidade para a tomada de decisões. Por outro lado, a autora chama a atenção para o facto de os estágios poderem ser vivenciados pelos estudantes como uma experiência negativa, devido a fatores relacionados com o desenvolvimento do próprio estudante, em termos da maturidade que lhe é exigida para lidar com as situações reais e, também, relacionados com aspetos do próprio local onde realiza o estágio, como as condições para a aprendizagem, o acolhimento e a supervisão realizada. Neste sentido, alerta para a necessidade das instituições que recebem estudantes para estágio, terem condições para proporcionarem as oportunidades de aprendizagem necessárias e de existir maior articulação entre a experiência no contexto real e a formação realizada na instituição de ensino.

Pires (2005) considera que, em contexto de trabalho, a pessoa é posta em face de várias situações problemáticas, aspeto que permite o desenvolvimento de estratégias para a sua solução, referindo que *“a aprendizagem em contexto de trabalho é um processo que envolve o sujeito e o meio no qual está inserido, no qual se inscrevem aspetos individuais, coletivos e organizacionais”* (Pires, 2005 p. 254).

A este respeito, também Boud et al. (2011) fazem referência à importância crescente, na atualidade, das aprendizagens informais que ocorrem fora das instituições de ensino, como as aprendizagens realizadas através do local de trabalho.

No seguimento das ideias expostas anteriormente, vários autores referem-se às formas de promoção da aprendizagem experiencial, colocando a tónica, sobretudo, na intervenção direta daqueles que têm a responsabilidade na formação, designando-os conforme o modelo teórico veiculado e o contexto, de facilitadores, educadores, professores, ou formadores.

Para Dewey (1963), para além da atenção na seleção das experiências de aprendizagem, os professores deveriam atender às condições dos contextos dos estudantes e, conseqüentemente, atenderem à utilização dos recursos existentes nos mesmos.

Para que todo o processo de reflexão a partir da experiência decorra da forma mais adequada e sirva os propósitos a que se destina, Parson e Smith (1985) referem-se à necessidade da existência de um facilitador que desenvolva competências nesse âmbito e que crie um ambiente de confiança, aceitação e respeito mútuo. Para além disso, mencionam também a necessidade da existência de uma reunião de preparação

(“*briefing*”), que deve ser realizada com os aprendentes antes do contacto com a experiência de aprendizagem em causa, e na qual se devem dar todos os esclarecimentos necessários acerca dos objetivos das atividades a realizar, procedimentos a seguir, regras de conduta, aspetos logísticos e outros que se considerem pertinentes (Parson e Smith, 1985, p. 71).

Mulligan (2011, p. 61) desenvolveu um modelo baseado em processos ou habilidades internas que podem promover a aprendizagem a partir da experiência, e ajudar a aprender a aprender, através da tomada de consciência de um conjunto de categorias de ações internas: raciocinar, sentir, perceber, intuir, recordar, imaginar e querer. O autor considera que a categoria “querer” no processo de aprendizagem é fundamental para mobilizar as restantes categorias. Para além de raciocinar ou pensar (polo objetivo), sentir (polo subjetivo) e perceber, é necessário intuir, ou seja, obter dados a partir do que está subjacente ou oculto e, também, imaginar, no sentido de que a criação de imagens podem ajudar a ter novas perspetivas sobre opções a tomar no futuro.

Boud e Walker (2011, p. 100) referem-se a vários obstáculos que podem dificultar o trabalho com a experiência, e que qualquer formador deve ter em conta, de forma que sejam minimizados ou evitados, como a insegurança, a baixa autoestima, o medo do fracasso, experiências passadas negativas, falta de consciência acerca de si próprio e do seu lugar no mundo, descrença acerca da aprendizagem a partir da experiência, pressões e exigências externas, falta de tempo, contexto hostil, falta de apoio de outros, entre várias outras barreiras.

Boud et al. (2011) consideram que qualquer professor deverá aproveitar de forma adequada a experiência dos estudantes no seu todo, tendo em conta todas as suas componentes (cognitiva, psicomotora, afetiva). A utilização do questionamento é importante para a promoção da autoconsciência. Por outro lado, o estímulo, o apoio e a confiança manifestados pelo professor podem ser determinantes para ajudar os estudantes na superação de sentimentos negativos que possam surgir. Também pode ser importante a aprendizagem com outras pessoas que se encontrem na mesma situação, com oportunidade para o questionamento, como por exemplo aprendizagem através dos pares.

No âmbito da aprendizagem em contexto de trabalho, Pires (2005) aborda os fatores necessários para que ela ocorra, tais como a organização e a complexidade do trabalho, a cultura e o ambiente da organização, as remunerações, o nível de autonomia

e de responsabilização dos intervenientes, entre vários outros. Evans (2000) refere que uma das condições promotoras da aprendizagem experiencial é o desenvolvimento dos profissionais de uma instituição ou organização, ou seja, que os mesmos sejam capazes de compreender tanto as suas práticas como a teoria subjacente às mesmas, considerando que também as universidades e as escolas têm de prestar atenção a este aspeto que considera crucial.

1.3 Prática Reflexiva

Vários autores exploraram as vantagens da reflexão e de uma prática reflexiva em vários contextos, tanto ao nível das práticas do ensino, em escolas e universidades, como ao nível da prática profissional no âmbito das organizações em geral. Nesta perspetiva, abordaremos os conceitos relacionados com a reflexão e a prática reflexiva, assim como, as suas vantagens, as possíveis barreiras e as estratégias que conduzem à sua promoção.

Boud et al. (1985) consideram a reflexão como um tipo de resposta face a uma experiência. Para estes autores a reflexão, no contexto da aprendizagem é um termo que designa as atividades intelectuais e afetivas, nas quais os indivíduos se articulam para explorar as suas experiências de forma a conduzi-los a uma nova compreensão e apreciação dos fenómenos em causa (Boud et al., 1985, p. 18/19). Perrenoud considera a prática reflexiva “*como a reflexão acerca da situação, dos objetivos, dos meios, do lugar, das operações envolvidas, dos resultados provisórios, da evolução previsível do sistema de ação*” (Perrenoud, 2002b, p.30). Nosich refere-se à reflexão crítica como sinónimo de pensamento crítico, considerando-a uma reflexão sobre a reflexão, mais precisamente, “*uma reflexão que atinge elevados critérios de razoabilidade [...], pensar bem [...], com precisão, pertinência, clareza e sensatez*” (Nosich, 2011, p. 44). Lalanda e Abrantes (1996) referem o processo reflexivo como a interação entre os dados e as ideias.

Boud et al. (1985) consideram que a reflexão não tem de ser uma atividade solitária, podendo ocorrer, não só através do pensamento e da escrita individuais, mas também em grupo, aspeto igualmente apontado por Perrenoud (2002b), que considera que em determinadas etapas da vida profissional, poder-se-ão obter melhores resultados se a reflexão for realizada coletivamente.

Relativamente aos processos reflexivos Boud et al. (1985) consideram que é necessário ter em conta aspetos que poderão influenciar o processo e os resultados, como as características individuais, as experiências passadas (positivas ou negativas), as intenções e objetivos de quem realiza a reflexão. Estes autores conceberam um modelo de reflexão no qual identificaram três etapas que consistem em voltar à experiência, atender aos sentimentos e reavaliar a experiência. A primeira etapa significa identificar os aspetos relevantes, recordando a experiência ou falando dela a outros; nesta etapa poderá ser importante escrever a experiência de forma pormenorizada, abstendo-se de julgamentos. Na segunda etapa é suposto que seja dado relevo aos sentimentos, identificando os sentimentos positivos acerca da aprendizagem e da experiência, assim como, afastando os sentimentos que constituam barreiras ao processo de análise da experiência. A terceira etapa, considerada pelos autores como provavelmente a mais importante, não estará completa se não tiver sido precedida pelas duas anteriores, implica também voltar novamente à experiência e associar e integrar novos conhecimentos que se deverão repercutir no comportamento pessoal. Nesta etapa os autores fazem referência a quatro aspetos que consideram importantes na globalidade da reavaliação da experiência: (i) a associação, em que se verifica a identificação de novos dados a juntar aos já existentes; (ii) a integração, em que se procura ligações entre os dados, verificando o significado atribuído e a utilidade das associações realizadas; (iii) a validação, em que se determina a autenticidade das ideias e sentimentos que surgiram, a sua consistência com os próprios conhecimentos e crenças anteriores, assim como com o conhecimento e crenças de outros; e (iv) a apropriação que consiste em tomar o conhecimento gerado como próprio e integrá-lo no próprio quadro de referência (Boud et al., 1985, p. 30; Boud e Walker, 2011, p. 97/98).

No contexto da epistemologia da prática, Schön (2000) aborda aquilo que designa de “*momentos*” no processo de reflexão na ação, como a existência de uma “*situação de ação*” perante a qual damos respostas espontâneas, as quais podem levar a um resultado que não é esperado e que não se articula com o conhecimento na ação, o que leva à reflexão durante a ação, que por sua vez conduz ao questionamento do conhecimento subjacente (teoria em uso) e a uma alteração imediata da estratégia de atuação (Schön, 2000, p. 33). Este processo pode não ser tão linear e, normalmente, ocorre sem que a pessoa precise de o verbalizar no momento, algo que só acontece no processo de reflexão sobre a reflexão na ação, o qual pode alterar a atuação futura em situações idênticas. O autor considera o processo de reflexão na ação, como uma forma

de talento artístico, *“uma visão construcionista da realidade”*, e como um elemento de grande importância na competência profissional (Schön, 2000, p. 39). Segundo o autor, o profissional reflexivo é aquele que é capaz de estar atento ao que o rodeia, de observar, de descrever o que observa e de reconstruir a sua ação de forma criativa, mas tendo em conta o contexto organizacional.

Também para Perrenoud (2002b), refletir na ação significa questionar-se acerca do que se está a fazer, enquanto refletir sobre a ação, significa analisá-la, criticá-la, compará-la com modelos teóricos, no sentido de obter uma maior compreensão e integração da mesma, com a consequente aprendizagem. A prática reflexiva é o modo de *“pôr em diálogo os saberes eruditos e a experiência, as teorias gerais e as situações particulares”* (Perrenoud, 2003 p. 124).

Para Freire (2007, p. 38), uma prática reflexiva e crítica implica uma dialética entre *“o fazer e o pensar sobre o fazer”*, sendo a curiosidade o elemento impulsionador para que tal aconteça. O objetivo será, a partir da prática passada e da atual, melhorar a prática no futuro, pelo que o processo de reflexão crítica terá de estar, necessariamente, muito interligado com a prática concreta, assim como, deverá conduzir à tomada de consciência do próprio modo de agir, condição que o autor considera fundamental na promoção da melhoria das práticas.

No que respeita à importância e às vantagens da reflexão, os vários autores são unânimes em apontar vários benefícios, não só nos processos de ensino/aprendizagem, como na prática profissional quotidiana.

Segundo Boud et al. (1985), os resultados da reflexão poderão consistir numa nova forma de realizar um procedimento, na clarificação de um assunto, no desenvolvimento de uma competência, ou na resolução de um problema, ou então, poderão implicar mudanças ao nível das atitudes e dos quadros de valores individuais, podendo levar à identificação de novas perspetivas acerca da experiência ou a mudanças de comportamento. Os autores consideram que a reflexão promoverá a aprendizagem, na medida em que estiver articulada com a ação.

Pacheco et al. (1999) referem-se à aprendizagem como um processo que implica uma participação ativa por parte do estudante, numa lógica de construção, integrando as novas aprendizagens nas referências que já possui e que foram construídas anteriormente, confrontando os conhecimentos atuais com os anteriores, fazendo alusão à aprendizagem significativa e ao papel central do estudante. Vieira et al. consideram que a formação deve proporcionar aos estudantes a oportunidade de desenvolverem

competências de forma a transformarem-se em profissionais reflexivos e em “*cidadãos críticos e interventivos*” (Vieira, et al., 2004 p. 38). Segundo estes autores e através das suas próprias experiências em termos de estratégias pedagógicas ativas, é possível questionar as práticas e, através desse questionamento, descobrir novos significados para o que parece familiar, reinterpretando e reequacionando as experiências.

Também Good et al. (2011) destacam o papel fulcral da reflexão no desenvolvimento do pensamento crítico dos estudantes, sobretudo, no contexto do ensino superior, pois permite o confronto dos factos e situações com as crenças e conhecimento prévios.

Para Schön (1983; 1989) a reflexão na ação e sobre a ação é fundamental para que os profissionais desenvolvam a capacidade de lidarem com situações complexas, caracterizadas pela imprevisibilidade, pela incerteza, pela peculiaridade, pelo conflito de valores, para além de permitir o desenvolvimento de novos conhecimentos. O autor lembra que a reflexão na ação permite tornar consciente o conhecimento subjacente nas ações mais intuitivas, pois à medida que a prática diária se vai tornando mais repetitiva e rotineira e o conhecimento na ação vai-se tornando cada vez mais tácito e espontâneo, os profissionais vão perdendo oportunidades para pensarem no que fazem. Assim, “*quando alguém reflete na ação torna-se um investigador no contexto da prática*”, não está dependente de teorias ou técnicas prévias, mas constrói uma nova teoria na peculiaridade ou na especificidade de cada caso, tendo uma visão integradora do pensamento e da ação, em que um e outro se complementam (Schön, 1983 p. 68). Desta forma, os profissionais conseguem olhar para as situações não familiares como se o fossem, trazendo a experiência passada para analisar e conduzir as peculiaridades de cada caso.

Pires (2005), tendo por base a teoria de Schön, refere-se aos contributos que a reflexão pode ter ao nível das mudanças individuais e organizacionais, uma vez que a prática reflexiva contribui para transformar a experiência e dar-lhe novos sentidos, sendo esta um ponto de partida para a aquisição de saberes, desde que seja apropriada e refletida.

Nesta perspetiva, Schön (1989) defende uma epistemologia da prática em que pensamento e ação são interdependentes, assim como os meios e os resultados, no sentido em que o conhecimento e o desenvolvimento de competências surgem através das situações práticas. O autor considera a existência de *inadequações* no que diz respeito à *racionalidade técnica* no ensino e nas profissões em geral, havendo

necessidade da utilização daquilo que é mais humano e criativo em cada indivíduo (Schön, 1992, p. 91). Com o objetivo de desenvolverem e aprofundarem a sua capacidade de refletirem na ação, Schön (1983) considera que os profissionais devem descobrir e reestruturar as suas teorias em uso (teorias de ação, ou conhecimento na ação) as quais *“incluem os valores, as estratégias e os pressupostos básicos que informam os padrões de comportamento interpessoal dos indivíduos”* (Schön, 2000, p. 189).

O autor critica o paradigma da educação baseado no racionalismo técnico, propondo um modelo baseado nas competências dos bons profissionais, com ênfase na promoção da reflexão nos futuros profissionais a partir das situações práticas, com o objetivo de encontrar as estratégias de solução mais adequadas para os problemas encontrados (Dias, 2005).

Para Malglaive (1997), o saber oriundo da prática permite lidar com a imprevisibilidade e com as situações mais complexas, ou seja, *“o saber da ação é aquele que permite contornar os efeitos indesejáveis [...] ligados aos procedimentos mais elaborados e mais bem calculados”* (Malglaive, 1997 p. 56). Também Perrenoud (2002b) refere que o saber que advém da pesquisa é necessário, mas não chega para lidar com as várias situações da prática profissional, sobretudo, as mais complexas. O autor considera que a nível profissional é importante que exista um certo afastamento das intervenções rotineiras e automáticas que impedem o questionamento antes da ação, considerando que não existe prática reflexiva sem tomada de consciência relativamente ao que designa de *“inconsciente prático”* (Perrenoud, 2002b, p. 145). No entanto, segundo autor, esta tomada de consciência pode ter riscos, como aumentar o grau de dificuldade de execução de algo que antes era mais simples, ou a descoberta de aspetos pessoais que podem causar desconforto. Neste sentido, foca a postura reflexiva como essencial para o exercício de uma prática profissional competente e para o desenvolvimento do profissional como pessoa.

Kinsella (2007; 2009), analisando a teoria de Schön, foca o modelo da racionalidade técnica como incompleto, reconhecendo também que a prática se caracteriza pela incerteza, instabilidade e especificidade, o que favorece a produção de conhecimento, através do questionamento dos pressupostos que sustentam a ação. A autora considera que não se trata de uma perspetiva dicotómica do conhecimento por parte de Schön, tal como alguns acusam (Duarte, 2003), mas antes a identificação dos limites da racionalidade técnica, relevando os contributos dos quadros de referência da prática profissional no desenvolvimento do conhecimento, numa relação de

complementaridade entre a proficiência na ação e o conhecimento científico (Kinsella, 2007). Neste sentido, a reflexão poderá ser encarada também como uma forma de reduzir o fosso teoria/prática na medida em que permite adaptar a teoria a situações complexas e de grande imprevisibilidade, contribuindo para a promoção do conhecimento na prática (Kinsella, 2010). Por outro lado, Alarcão (1996) refere-se ao facto de o questionamento e dos conhecimentos dos formandos constituírem uma alavanca para o aprofundamento e a consciencialização do saber dos profissionais.

Argyris (1999) refere que uma grande parte das ações realizadas ao nível das organizações assenta em conhecimento tácito, contribuindo para o reforço do *status quo* das mesmas, o que pode ser negativo, pela falta de questionamento acerca das lacunas e inconsistências que possam existir. Considerando o conhecimento tácito ou implícito de difícil descrição, a reflexão permite que os profissionais o analisem e o critiquem durante ou após a ação, questionando-se acerca dos conhecimentos subjacentes, dos sentimentos despoletados e da forma como o problema em causa foi estruturado, ou seja, os profissionais olham para as suas experiências passadas e questionam-se acerca dos pressupostos teóricos que estiveram na base das suas ações (Greenwood, 1993; Pires, 2005; Kinsella, 2007 e 2009). O profissional interage com a situação, molda-a e faz parte dela, fazendo com que o conhecimento profissional surja também a partir da ação (Kinsella, 2010).

Também Gómez (1992) considera a reflexão na ação e sobre a ação como elemento chave na aprendizagem, pela possibilidade de confronto com as situações problemáticas com as quais as pessoas se deparam, permitindo a identificação das teorias implícitas na ação. Neste sentido, considera que quando as práticas dos profissionais se vão transformando em rotinas e práticas mecanizadas e inconscientes, a possibilidade de aprendizagem diminui significativamente e a probabilidade de erro aumenta. Também Nóvoa reforça a ideia de que a formação se constrói essencialmente através da “*reflexividade crítica sobre as práticas e da (re)construção permanente da identidade pessoal*”, relevando o saber a partir da experiência (Nóvoa, 1992, p. 25).

Zeichner (1993), no contexto da formação de professores, refere-se à melhoria das práticas de ensino como consequência da reflexão destes acerca das suas experiências, considerando que os torna mais críticos relativamente aos pontos de vista dominantes na sua atividade profissional. Também Alarcão, a propósito da “*escola reflexiva*”, destaca a importância da aprendizagem ao longo da vida como imprescindível, assim como, a “*formação na ação e para a ação*” e a investigação

sobre as práticas, no sentido da sua importância no contexto da sociedade atual para fazer face às constantes mudanças e ao elevado grau de imprevisibilidade com os quais os indivíduos e as organizações se deparam na atualidade (Alarcão, 2001, p. 28/29). A pessoa que reflete aprende com os êxitos e com os fracassos, aproveitando os erros para refletir novamente, aumenta o conhecimento e contribui para o progresso (Lalanda e Abrantes, 1996). Sá-Chaves refere-se à necessidade de os profissionais se tornarem “*autores das suas próprias práticas*”, de ser importante que respondam aos desafios que as características de imprevisibilidade da prática acarretam (Sá-Chaves, 2005, p. 7).

Ao abordar as implicações a nível profissional de uma prática reflexiva, Schön (1983) analisa-as também relativamente à relação profissional/cliente. Nesta perspetiva, considera que o profissional reflexivo pode transformar esta relação numa comunicação reflexiva, pois o profissional está interessado em descobrir o significado que as suas ações têm para o cliente, está atento para tornar acessível ao seu cliente os seus conhecimentos, o que implica que reflita acerca do que realmente sabe acerca do assunto – “*o profissional reflexivo tenta descobrir os limites da sua perícia através de uma comunicação reflexiva com o cliente*” (Schön, 1983 p. 296), considerando que a autoridade do profissional reflexivo não advém só da sua competência técnica, mas essencialmente, da sua habilidade para demonstrar os seus conhecimentos na relação com os seus clientes.

Schön (1983; 1989) considera ainda que a pesquisa no âmbito da prática reflexiva exige parceria entre investigadores e profissionais, entre as universidades e os locais da prática profissional, sendo que seria importante que as universidades olhassem para os contextos da prática não apenas como fonte de casos de estudo e de estágios para os estudantes, mas também como fontes de prática reflexiva, e que os locais de prática profissional se tornassem centros de investigação e de educação. Neste sentido, considera que a ligação entre a ciência aplicada e a reflexão na ação pode servir como ponte entre as instituições de ensino e os locais da prática profissional, referindo que “*a fenomenologia da prática [...] deveria entrar no ensino prático por meio do estudo da vida organizacional dos profissionais*” (Schön, 2000, p.234).

Também Mezirow (1996; 1998), através da sua teoria da aprendizagem transformativa de adultos, releva a importância da reflexão e da integração da experiência na promoção do pensamento autónomo. O autor menciona a “*teoria da aprendizagem transformativa de adultos como a descrição da natureza e da dinâmica da competência para comunicar como um processo genético da aprendizagem de*

adultos”, integrando a experiência vivida numa outra perspectiva, rumo a um maior nível de consciência (Mezirow, 1996 p. 115).

Neste contexto, Mezirow (1997) refere-se à “*aprendizagem comunicativa*”¹ e à resolução de problemas, como meios essenciais para o desenvolvimento da reflexão crítica acerca dos pressupostos subjacentes às intenções, crenças, valores e sentimentos individuais. O autor considera essencial o pensamento autónomo no contexto das exigências das sociedades contemporâneas, sobretudo, nas situações de tomada de decisões de âmbito moral e em situações onde as mudanças ocorrem de forma muito rápida, considerando que o papel dos educadores é ajudar os educandos a tornarem-se socialmente responsáveis.

Nesta perspectiva, Mezirow (1997) refere que na aprendizagem de adultos será importante desenvolver nos estudantes o espírito crítico relativamente aos pressupostos (próprios e dos outros) que orientam os julgamentos, as crenças e sentimentos, a capacidade de reconhecer os quadros de referência vigentes e identificar alternativas, e a capacidade de trabalhar com os outros de forma efetiva, mas também de forma crítica, colocando e resolvendo problemas, de forma a chegar ao melhor julgamento possível perante as situações e os pressupostos subjacentes. A este respeito, Merriam (2004) argumenta que para que a aprendizagem transformativa ocorra é necessário um elevado nível de desenvolvimento cognitivo.

De acordo com Mezirow (1998) a aprendizagem reside na natureza da comunicação humana considerando que, para além da integração da experiência, é necessária a reflexão crítica para compreender o significado do que é comunicado. O autor considera que a reflexão crítica é possível e desejável ao nível individual e coletivo, e em vários tipos de situações como a resolução de problemas, na tomada de decisões ético-morais, ao nível terapêutico e ao nível organizacional, gerando aprendizagem em todos os contextos. No caso da resolução de problemas, a reflexão crítica permite examinar os pressupostos na definição do problema e no processo de resolução, podendo conduzir a uma redefinição transformativa do mesmo e a uma resolução mais efetiva, melhorando a atuação em futuras situações. Também considera importante para a reflexão a um nível mais individual, a exploração dos sentimentos, dos pressupostos na tomada de decisões, dos julgamentos prévios e dos valores que guiam as ações, o que pode levar a pessoa a explorar razões de ordem biográfica,

¹ Mezirow, referindo-se a Habermas, menciona a “*aprendizagem comunicativa*”, como aquela que permite compreender o significado do que está a ser comunicado (Mezirow, 1997: 6).

histórica e cultural, e de ordem moral e ética, assim como, as consequências dos quadros de referência que a orientam, permitindo uma melhor compreensão de si mesmo, dos outros e do mundo. Também alerta para a necessidade de a pessoa se tornar mais consciente acerca dos conhecimentos tácitos ou teorias em uso.

Neste contexto, alguns autores referem-se a condições que consideram necessárias para que a reflexão tenha lugar, assim como às possíveis barreiras que poderão surgir.

Zeichner (1993), baseando-se em Dewey, realça as três atitudes necessárias à reflexão: abertura de espírito, responsabilidade e sinceridade. Nesta perspetiva, o autor refere-se à necessidade de equilíbrio entre a reflexão e a rotina, sendo importante a consciencialização acerca do conhecimento tácito que conduza à análise e à crítica, de forma que o profissional se torne consciente das suas falhas e possa melhorar as suas práticas, tendo em conta que a reflexão ocorre antes, durante e após ação. Alarcão (1996) alerta para o facto de a reflexão só ser possível se a pessoa tiver um conjunto de conhecimentos a partir dos quais o processo se possa desenrolar.

Mezirow (1998) refere-se à intuição ou julgamento tácito e à imaginação como fundamentais no processo de reflexão crítica (e na aprendizagem de adultos). Por outro lado, refere-se à importância da literacia, pois capacita as pessoas para compreenderem, interpretar, fazerem julgamentos, resolverem problemas, aprenderem a aprender, também para questionarem, analisarem, criarem o seu próprio mundo, desenvolvendo as competências, sobretudo no âmbito da comunicação (Mezirow, 1996).

Perrenoud equaciona a reflexão no âmbito da distinção entre a reflexão episódica sobre o que fazemos e a adoção de uma “*postura reflexiva*” que implica continuidade quotidiana, qualquer que seja a situação, com método, regularidade e, sobretudo, com consequências na prática profissional, em que se vai reconstruindo o que designa de *habitus*² (Perrenoud, 2002b, p.13). Nesta perspetiva, considera essencial fazer a distinção entre a prática reflexiva realizada comumente perante a existência de determinados obstáculos, e a prática reflexiva metódica realizada pelos profissionais no sentido de alcançarem os objetivos propostos, seja em situações de dificuldades, seja em situações de sucesso. Um profissional reflexivo não se satisfaz com os conhecimentos oriundos da sua formação inicial, mas tem uma atitude permanente de

² Citando Bourdieu (1972, 1980), Perrenoud (2002b, p. 81) refere que “o *habitus* é o nosso sistema de esquemas de pensamento, de perceção, de avaliação da ação; é a gramática geradora das nossas práticas”; ou “conjunto de esquemas que um indivíduo dispõe num determinado período da sua vida” (Perrenoud, 2002b, p. 147).

autoquestionamento e teorização acerca das suas práticas e, também, reflete sobre si próprio, ou seja, “*aceita fazer parte do problema*” (Perrenoud, 2002b, p. 198).

No que respeita às barreiras relativamente à reflexão, Schön considera que a diminuição da autonomia profissional nas organizações coarta a possibilidade de pesquisa e de reflexão dos profissionais, substituindo-as por aquilo que designa de “*técnica procedimentalizada*” (Schön, 2000, p.230). Também Mezirow (1998) se refere aos obstáculos a nível organizacional que impedem a existência de uma verdadeira reflexão crítica, como o facto de se esconderem os erros, de se manter em privado a exploração dos sentimentos pessoais acerca dos assuntos, de não se promover a discussão pública das situações nem a exploração das concepções individuais o que, segundo o autor, não promove uma verdadeira cultura de aprendizagem organizacional.

Os vários autores reforçam a necessidade de se promover a reflexão quer nos estudantes, quer nos profissionais, através de estratégias adequadas.

Gómez (1992) refere que o conhecimento académico, teórico, científico ou técnico só será considerado promotor da reflexão se for integrado de forma significativa, através de formas de pensamento dinâmico, em que a pessoa penetra, interpreta e reorganiza as suas experiências. Nesta perspetiva, Boud et al. (1985) referem que o professor deve centrar-se em ajudar o estudante a tirar o maior partido da experiência, ajudando-o a compreender a natureza e importância da reflexão e promovendo formas de a facilitar. Segundo o modelo de reflexão preconizado pelos autores, a promoção da reflexão passa por ajudar a descrever objetivamente a experiência, adotar uma atitude de escuta, não influenciar com as próprias interpretações, facilitar a partilha com os pares, ajudar a tornar conscientes os sentimentos que surgem a partir da experiência, utilizar o questionamento, sessões de *brainstorming* e de *role-playing*.

Sá-Chaves (2005) evoca a realização dos portefólios reflexivos. Zeichner (1993) e Schön (2000) valorizam a utilização dos estudos de caso, como estratégias importantes na promoção da reflexão, sendo que o primeiro também se refere à investigação ação. No contexto do ensino prático, Schön considera ainda que os estudantes devem aprender formas de reflexão na ação que os leve a novas formas de agir e a novas formas de compreensão, referindo-se a estratégias como a escuta, a crítica, o questionamento, as demonstrações, a experimentação conjunta, imitação (faça como eu estou a fazer), sendo importante que tanto o professor como o estudante verbalizem “*julgamentos negativos, dilemas e confusões*” (Schön, 2000, p.220). É

relevada a importância do papel do formador como articulador entre a teoria e a prática (Dias, 2005).

Perrenoud (2002b) considera que é essencial criar ambientes de análise das práticas, assim como, ambientes que propiciem o desenvolvimento pessoal, nos quais seja possível trabalhar aspetos como medos, emoções e identidade. Para que os estudantes adiram ao processo reflexivo, considera necessário a existência de um lugar de destaque para os saberes provenientes das práticas e uma sólida articulação entre estas e a teoria, referindo que a prática reflexiva pode ser promovida através de uma orientação mais específica, como “*seminários de análise das práticas, grupos de reflexão sobre problemas profissionais, [...], estudos de caso ou histórias de vida [...]*” (Perrenoud, 2002b, p. 67). Para além disso, Perrenoud (2003) refere que a aprendizagem será favorecida se os professores, para além de serem competentes, disponíveis, criativos, rigorosos, coerentes e criarem empatia, também forem profissionais reflexivos e humanos, com base num quadro de valores e convicções. Também Schön (1983; 1992), Lalanda e Abrantes (1996) e Vieira, et al. (2004) se referem à necessidade de os professores serem eles próprios profissionais reflexivos, pois como refere Nóvoa, “*formar é sempre formar-se*” (Nóvoa, 2002 p. 9).

Conclusão

No que respeita ao desenvolvimento de competências, no contexto deste trabalho, adotamos o conceito multidimensional de competência veiculado por Le Boterf (2005), nas suas dimensões de saber, querer e poder agir. As razões prendem-se não só com o facto de o autor ser bastante referenciado ao nível do desenvolvimento de competências, mas também, por consideramos o conceito bastante integrador e completo, e o que mais se ajusta à realidade do nosso estudo, uma vez que o alvo do mesmo é a educação em EC, em que os estudantes se vêm confrontados com situações reais, em contexto de trabalho, tendo de lidar, de forma progressiva, com situações complexas, exigindo a mobilização de recursos pessoais e, também, a adequação dos recursos do contexto em que o mesmo decorre. As exigências na prestação de cuidados à pessoa, na sua singularidade, diversidade e, muitas vezes na sua complexidade, implicam a aquisição e desenvolvimento de competências nas dimensões apontadas

pelo autor, como a autonomia, a autorregulação e a capacidade para transferir as competências para outros contextos.

Também consideramos pertinente a relevância das competências comportamentais, referida por Le Boterf (2005) e, nesta perspectiva, o desenvolvimento da inteligência emocional, veiculado por Goleman (2001) e reiterado por outros autores (Bermejo, 2005; Ascenso, 2007), como fundamental para o desenvolvimento integral da pessoa, para a compreensão de si mesmo e do outro e, por conseguinte, para a motivação no trabalho, para o estabelecimento de uma comunicação adequada e para o desempenho mais humanizado e de maior qualidade.

Quanto às estratégias promotoras da aquisição e desenvolvimento de competências, consideramos importante as referidas por Le Boterf (2005), algumas das quais também apontadas por outros autores, como o *feedback*, o questionamento, o confronto, a diversificação das situações de aprendizagem, a criação de espaços de análise e discussão das práticas profissionais, a partilha de experiências com os pares, a resolução de problemas, o treino, a promoção de uma autoimagem positiva, a estimulação da autonomia e da criatividade, e a adequação das condições do contexto de trabalho. Tal como Le Boterf (2005) e outros autores, relevamos: a importância da promoção da reflexão, a necessidade de colocar os estudantes perante situações complexas, o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisões, o estudo e resolução de casos, a promoção do trabalho em equipa, a promoção da descoberta, da pesquisa e da investigação, a estimulação da aprendizagem autorregulada, da autoavaliação e do envolvimento dos estudantes no processo de ensino/aprendizagem, tendo em conta os seus conhecimentos anteriores, as suas motivações e os seus ritmos de aprendizagem.

No que diz respeito à aprendizagem experiencial adotamos o conceito veiculado por Evans (2000), no sentido do contacto direto com a realidade mas, tal como o autor aponta, de forma inclusiva, tendo em conta a experiência proveniente do contexto de trabalho, a experiência da educação formal, e a experiência proveniente de outros contextos da vida. Neste sentido, consideramos relevante a aprendizagem realizada através da realidade da prática e em contexto de trabalho defendida por Kolb (1994) e por outros autores, pela sua ligação com a aprendizagem em ensino clínico.

Consideramos o modelo holístico da aprendizagem experiencial apresentado por Kolb (1984), como uma referência e um marco importante, sendo bastante integrador das dimensões da pessoa e as do meio onde está inserida, assim como, da contemplação

da reflexão como fundamental para a integração da experiência como elemento formador, aspeto que é também apontado por outros autores. Nesta perspetiva, consideramos que as proposições veiculadas por Boud et al. (2011), não contradizem o modelo anterior, antes o completam, reforçando a implicação da pessoa no seu todo, assim como, a influência sociocultural e socio-emocional. Por outro lado, consideramos pertinente a referência feita por Josso (2002) à atribuição de significado à experiência e à autointerpretação e a cointerpretação da mesma (o individual e o coletivo), uma vez que a educação em ensino clínico se realiza em grupo e no seio de uma equipa de trabalho.

Consideramos importantes as estratégias de promoção da aprendizagem experiencial apontadas pelos vários autores, assim como, a necessidade de atender às barreiras referidas por Boud et al. (2011), pois enquadram-se no âmbito da educação em ensino clínico. Para além disso, a importância das determinantes organizacionais, referidas por Evans (2000) e Pires (2005), como fundamentais para o desenvolvimento dos profissionais e, conseqüentemente, dos formandos integrados nos contextos de trabalho.

No que respeita à prática reflexiva, no âmbito da educação em EC, faz todo o sentido a importância mencionada por Schön (1983; 1989) da reflexão (na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação) para a tomada de consciência e conseqüente, descoberta das teorias subjacentes ou implícitas na prática profissional, numa relação de complementaridade entre o conhecimento científico e a perícia profissional, valorizando o saber oriundo da prática, aspeto relevado também por outros autores. Da mesma forma, consideramos pertinente a conceção do profissional reflexivo, referida pelo autor e relevada por outros, como aquele que questiona, está atento ao que o rodeia, sem esquecer o contexto organizacional onde está inserido.

A este propósito, pensamos que o modelo de reflexão de Boud et al., (1985) se articula perfeitamente com a educação em EC, com a prática profissional quotidiana, assim como, com outros contextos de vida, pela abrangência, pela explicitação e pela aplicabilidade dos passos que propõe para o desenvolvimento do processo reflexivo.

De entre as vantagens apontadas acerca da reflexão e da prática reflexiva, salientamos o impacto nas mudanças individuais e organizacionais, a maior compreensão de si, dos outros e do mundo, a maior consciencialização do modo de agir, a redução do fosso teoria/prática, a maior articulação entre as instituições de ensino e os locais da prática profissional, e a melhoria das práticas profissionais.

Das condições para a reflexão salientamos a intuição e literacia (Mezirow, 1996), a postura reflexiva, através de atitude permanente de autoquestionamento, assim como o desenvolvimento pessoal (Perrenoud, 2002b), que consideramos fundamental, tendo em conta o tipo e a exigência das situações em EC. Para além disso, relevamos as atitudes do formador, referidas por Schön (2000), como a escuta, a crítica, o questionamento, as demonstrações, e a experimentação, sem esquecer as determinantes organizacionais apontadas por Schön (2000) e Mezirow (1998) como possíveis barreiras à reflexão.

2. EDUCAÇÃO EM ENSINO CLÍNICO

Introdução

Consideramos que no âmbito do nosso estudo seria pertinente realizar uma revisão sistemática da literatura relativamente a trabalhos de investigação realizados em Portugal no âmbito do EC. Neste sentido, procedemos a uma consulta de várias fontes de dados a nível nacional, como o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP), serviços de documentação de escolas de enfermagem e de outras instituições de ensino superior, na procura de trabalhos de pesquisa ao nível de dissertações de doutoramento, mestrado e doutros contextos, assim como, artigos e monografias.

Entre Maio e Novembro de 2010 foi consultado o RCAAP com as palavras “ensino clínico enfermagem”, “supervisão clínica”, “supervisão estágio enfermagem”, “supervisão ensino clínico”, “educação ensino clínico”, “parcerias formação enfermagem” e “contextos prática clínica”, tendo sido encontrados vários resultados, dos quais excluímos todos os trabalhos que não tivessem tido como objeto de investigação o ensino clínico e/ou estágio no CLE. A partir destes primeiros resultados, numa primeira fase, optamos por não excluir qualquer estudo, sem primeiro verificar os respetivos resumos, índices e conclusões, para não correremos o risco de perder informação pertinente acerca do nosso objeto de estudo, que não estivesse explícita no título, ou mesmo no resumo de cada trabalho. Convém referir que os resultados obtidos através desta base de dados, apenas nos deram o acesso, na sua maioria, a alguns dos trabalhos mais recentes, uma vez que existiam ainda muitos trabalhos que não constavam no RCAAP, o que dificultou a nossa pesquisa, pelo que, como já referido, foi necessário realizar pesquisa nos serviços de documentação de escolas de enfermagem e de outras instituições de ensino superior.

Em qualquer uma das situações apontadas, procuramos resultados, conclusões e considerações que incidissem, preferencialmente, sobre os modelos de supervisão em EC, os CPC e seus múltiplos intervenientes, sobre os fatores desses contextos que tivessem influenciado a aprendizagem em EC e, também, sobre as relações escolas/instituições de saúde e respetivas parcerias.

À medida que fomos consultando os trabalhos encontrados, fomos construindo um diagrama (Anexo I) que nos possibilitasse uma maior compreensão dos assuntos que foram alvo dos estudos consultados e a sua cronologia e, ao mesmo tempo, tivemos a necessidade de elaborar quadros que resumissem de forma ajustada os aspetos mais importantes de cada estudo (Creswell, 2003), como a metodologia adotada, o foco do estudo, os objetivos, os sujeitos, as variáveis e as conclusões (Anexo I).

A construção do diagrama possibilitou-nos organizar os 56 estudos encontrados pelas grandes áreas sobre as quais os mesmos incidiam: desenvolvimento de competências por parte dos EE, supervisão em EC e os processos de articulação entre as escolas e os CPC, sendo que alguns trabalhos incidiam em simultâneo em duas das áreas mencionadas, pelo que nestes casos optamos por enquadrá-los na área que se nos apresentou predominante no estudo. À partida, a área que parecia interessar mais à nossa pesquisa seria a da articulação interinstitucional, contudo, como já referimos, não poderíamos excluir ou negligenciar a pesquisa em nenhuma das outras áreas respeitantes ao EC, uma vez que os respetivos resultados poderiam contribuir para o esclarecimento da problemática em análise.

Convém referir que, embora a revisão sistemática da literatura tivesse incidido no período mencionado (Maio a Novembro de 2010), continuamos posteriormente a nossa pesquisa relativamente a outros trabalhos realizados no âmbito do EC, aos quais nos referiremos no decurso do presente capítulo, nas discussões dos resultados, mas que não estarão incluídos nos diagramas e nos quadros relativos à revisão sistemática.

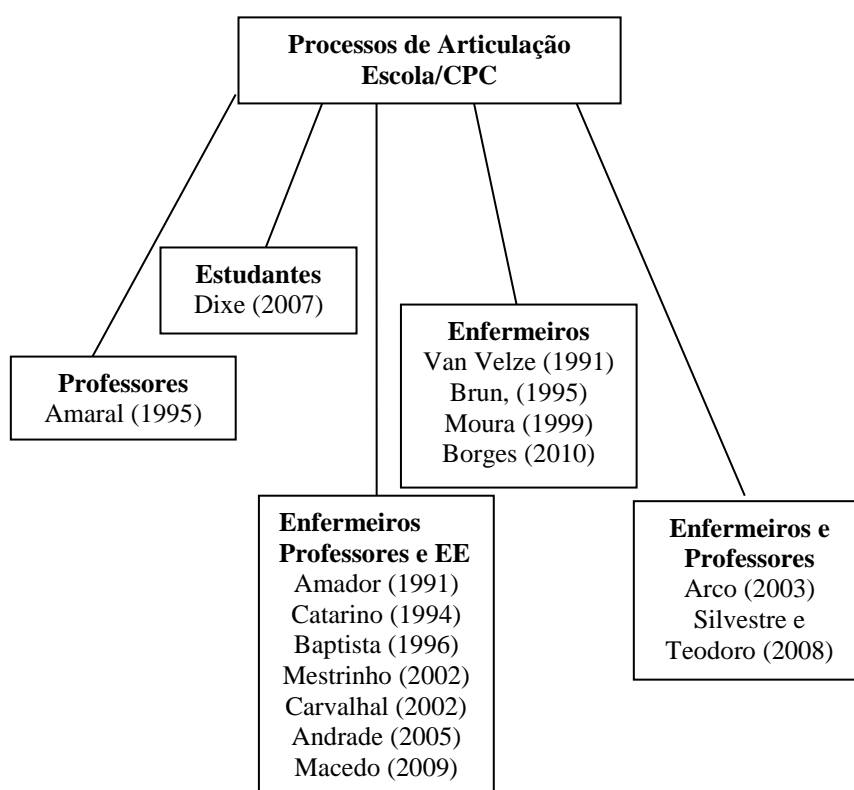
Na apresentação dos resultados da revisão sistemática realizada, os conteúdos estão organizados em subcapítulos cujos temas coincidem com as grandes áreas mencionadas anteriormente. Em cada subcapítulo, para além de considerações a nível concetual, faremos a discussão dos resultados encontrados, comparando-os com os de outros estudos nacionais e estrangeiros.

2.1 Processos de Articulação entre a Escola e os Contextos de Prática Clínica

No contexto da temática em análise procuramos responder à questão - “Quais os fatores influenciadores da articulação entre as escolas e os CPC no âmbito da realização dos EC?”.

Dos 56 estudos sobre EC, verificamos que 15 abordaram os processos de articulação interinstitucional e consistiram: 2 dissertações de doutoramento, 3 dissertações de mestrado, 3 dissertações do curso de pedagogia aplicada ao ensino de enfermagem, 2 dissertações de concurso para professor coordenador, 3 artigos de publicação periódica e 2 monografias.

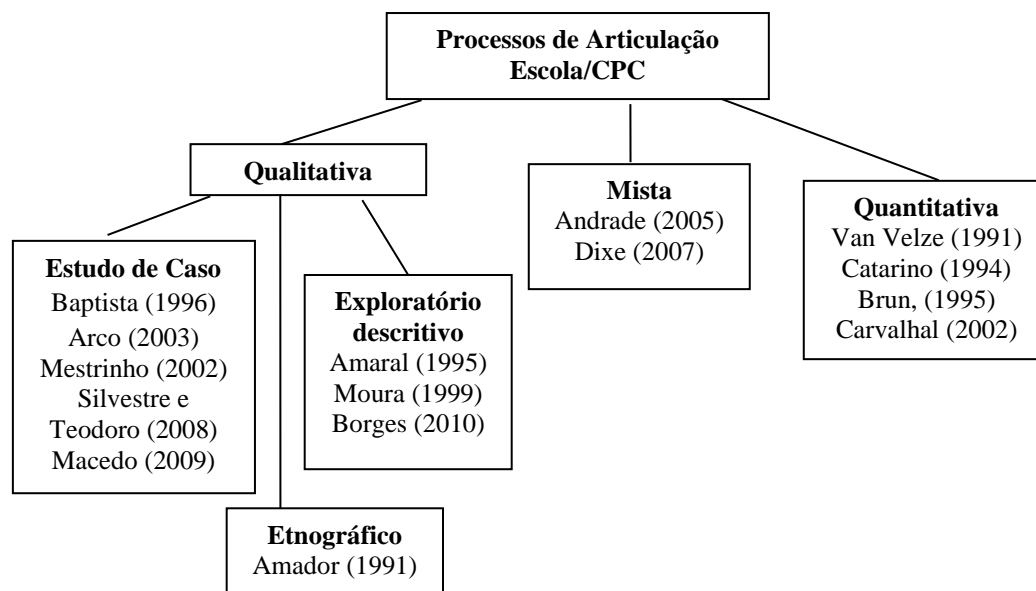
Diagrama Número 1 - Sujeitos dos Estudos sobre Processos de Articulação Escola/CPC



Dos 15 estudos encontrados, tal como consta no Diagrama Número 1, verificamos que 7 incidiram sobre a perspetiva de enfermeiros, professores e EE, enquanto 2 abordaram a perspetiva de enfermeiros e professores, 4 estudos abordaram só a perspetiva dos enfermeiros, 1 estudo só a perspetiva dos professores e 1 estudo

apenas a perspectiva dos EE. No que respeita ao interesse dos investigadores pelos processos de articulação interinstitucional, constatamos que o tema tem sido abordado pelo menos, desde 1991 até 2010, ou seja, durante os últimos vinte anos.

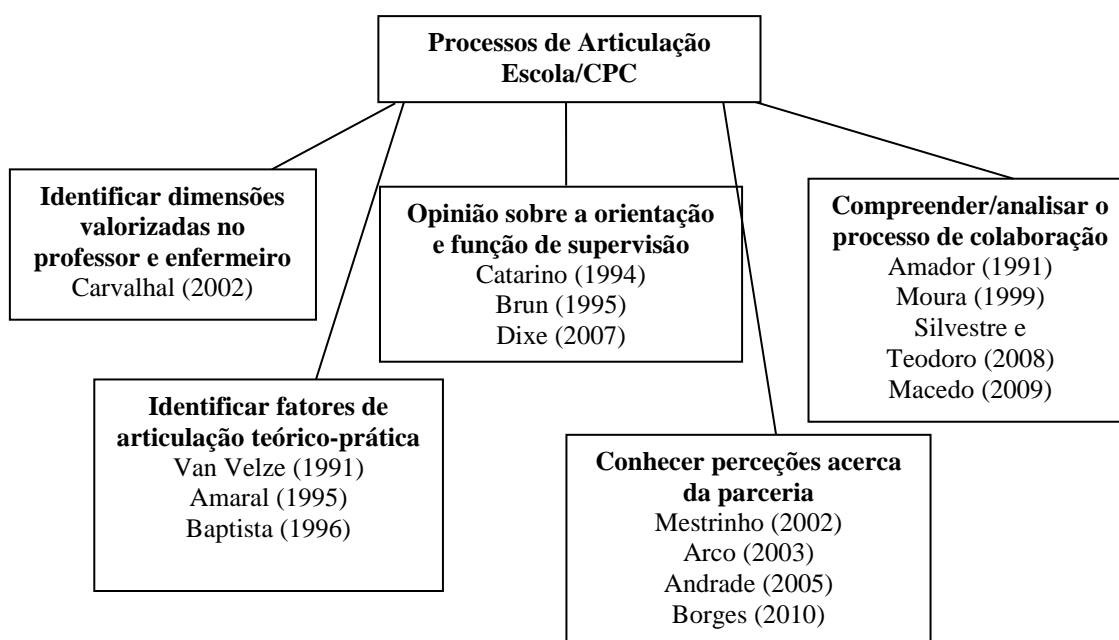
Diagrama Número 2 - Metodologias dos Estudos sobre Processos de Articulação Escola/CPC



Quanto às metodologias utilizadas, tal como consta no Diagrama Número 2, verificamos que em 9 dos estudos (a maioria) foi utilizada metodologia qualitativa, com predominância do estudo de caso, em 4 estudos a metodologia quantitativa e 2 estudos contemplaram a utilização de metodologia mista (quantitativa e qualitativa).

Embora o foco explícito e implícito das pesquisas encontradas residisse nos processos de articulação escola/instituição de saúde, pela análise dos objetivos enunciados nas mesmas, através do Diagrama Número 3, verificamos que apenas 4 estudos tinham como objetivo principal a análise do processo de colaboração interinstitucional e 4 a identificação das percepções ou representações dos sujeitos acerca desse processo. Os restantes, apesar de não terem enunciado inicialmente esse objetivo, acabaram por abordar os aspetos relacionados com as parcerias com outro fio condutor: 3 dos estudos através da identificação dos fatores de articulação teórico-prática, 3 através da opinião dos sujeitos acerca da orientação e função de supervisão e 1 através da identificação das dimensões valorizadas no professor e no enfermeiro.

Diagrama Número 3 - Objetivos dos Estudos sobre
Processos de Articulação Escola/CPC



A partir da análise dos resultados dos estudos que explicitaremos de seguida, verificamos que os fatores influenciadores no processo de articulação entre as escolas e os CPC residiram, essencialmente, em barreiras ou dificuldades e em aspetos promotores do processo, sendo que em todas as pesquisas, foram apontadas sugestões para potenciar a referida articulação.

As **dificuldades no processo de articulação interinstitucional**, identificadas a partir dos resultados dos estudos foram de várias ordens que passamos a enumerar.

A falta de comunicação interinstitucional, manifestada em parte pela comunicação inadequada professor/equipa de enfermagem. Nos estudos de Van Velze (1991) e Borges (2010) os dados revelaram que a comunicação professor/equipa não se estava a efetuar da forma mais adequada, sendo considerado um fator que dificultava o relacionamento entre os aspetos teóricos e os aspetos práticos. Os resultados do estudo de Van Velze (1991) revelaram que, segundo os enfermeiros inquiridos, a articulação entre a teoria e a prática não se realizava da melhor forma, *“mostrando-se algo distante da realidade prática, no que respeita ao ensino teórico, mas também, especialmente, na forma como tem sido realizado o ensino prático dos EE”* (Van Velze, 1991: 76). Neste estudo os enfermeiros não atribuíram grande importância à sua colaboração direta na orientação de EE em EC, como fator influenciador da relação teoria/prática considerando, no entanto, que os professores não estariam a aproveitar,

convenientemente, nem a sua experiência nem os seus conhecimentos na formação dos EE. Também Amaral (1995) referiu a comunicação inadequada entre os professores e os “*enfermeiros da prestação de cuidados*” (Amaral, 1995 p. 154), considerando que esta dificuldade surgia mais por fatores intrínsecos aos próprios docentes.

A falta de comunicação interinstitucional, segundo alguns dos estudos traduzia-se na falta de conhecimento por parte dos enfermeiros orientadores acerca da filosofia e dos projetos de formação da escola, assim como, dos conteúdos das unidades curriculares. Baptista (1996) referiu-se ao facto de ser apenas na reunião preparatória de EC que são comunicados aos enfermeiros orientadores os objetivos do mesmo, não chegando aqueles a terem presente em nenhuma altura, a filosofia da escola e os conteúdos das unidades curriculares, nem os projetos de formação, o que está de acordo com o referido por Moura (1999). Nesta perspetiva, Andrade (2005) referiu-se também à falta de conhecimento dos enfermeiros acerca da escola e do seu plano de formação e à comunicação inadequada entre os “*parceiros da formação*”, provocando demissão dos enfermeiros relativamente à formação, considerando-a mais da responsabilidade dos professores. Das dificuldades identificadas neste estudo destacamos: a constatação de que a formação estava centrada na escola, com pouca ou nenhuma participação dos EE e dos enfermeiros e a pouca clarificação do papel dos enfermeiros no processo de formação dos EE em EC. Também o estudo realizado por Moura (1999) foca algumas dificuldades detetadas pelos enfermeiros orientadores, tais como: desfasamento teoria/prática, défice de informação acerca da preparação dos EE, assim como, presença pouco frequente do docente em EC e de pouca participação dos enfermeiros orientadores no planeamento do EC. Também no estudo de Borges (2010) os enfermeiros referiram-se aos défices de preparação dos EE, tanto em aspetos teóricos como na integração teórico-prática e à discrepância teoria/prática a qual, segundo a autora, devia-se a razões como a diferença entre o currículo oculto e o explícito, o afastamento dos professores dos CPC e a falta de clarificação do papel do docente e do enfermeiro na supervisão em EC.

Neste sentido, Baptista (1996) faz referência às reuniões sem o envolvimento simultâneo de todos os intervenientes, ou seja, a um tempo reuniões de professores com enfermeiros dos locais de EC, noutro tempo, reuniões de professores com EE, como fator negativo na aproximação interinstitucional. É apontado como um aspeto negativo por parte da escola, o facto de não estimular o envolvimento nem dos EE, nem dos enfermeiros orientadores em projetos de transformação dos CPC. Na análise dos guias

de EC, a autora faz referência ao facto de em nenhum dos guias se encontrar a caracterização do local de EC, de forma a preparar o EE para o que vai encontrar e, também, ao facto dos guias serem elaborados exclusivamente pelos professores, sem a participação dos enfermeiros orientadores.

Nalguns estudos o afastamento dos professores dos CPC foi referido como um fator dificultador da articulação, implicando um maior desfasamento do ensino teórico da realidade da prática profissional (Andrade, 2005; Borges, 2010).

Também a falta de preparação dos enfermeiros para a função de supervisão em EC foi referida por vários autores, como um fator dificultador da articulação, assim como, o excesso de carga de trabalho nos dois tipos de instituições, conduzindo a rácios excessivos, tanto de professor/EE, como de enfermeiro orientador/EE (Amador, 1991; Dixe, 2007; Borges 2010). Nos estudos de Moura (1999) e Borges (2010) os enfermeiros orientadores referiram-se à sua pouca experiência de colaboração e à deficiente preparação para a orientação e avaliação dos EE, com lacunas a nível da formação em supervisão, alegando, no estudo de Borges (2010), que a mesma deveria ser da responsabilidade da escola. Neste estudo os enfermeiros também referiram lacunas quanto ao reconhecimento do seu próprio trabalho como orientadores de EE em EC.

Amador (1991) refere que *“as enfermeiras se dispunham a orientar as alunas com naturalidade, como se isso fosse parte das suas atividades profissionais diárias”* e, mais adiante, *“como seria essa orientação se as escolas as preparassem de acordo com o que esperam delas”* (Amador, 1991 p. 317), questionando o facto de os enfermeiros não terem um papel tão ativo, sobretudo, na avaliação dos EE. No seguimento desta perspetiva, a autora refere-se à necessidade, por parte das escolas, de se empenharem na preparação dos enfermeiros orientadores, não só sob o ponto de vista pedagógico, mas também acerca das atitudes e valores e das teorias de enfermagem adotadas. Quanto à falta de preparação das *“enfermeiras”* para a orientação, a autora considerou-a uma consequência da falta de tempo *“das docentes”*, com excessiva carga de trabalho, apontando rácios muito elevados de professor/EE. A este respeito apontou o défice de pessoal tanto nas escolas como nas instituições de saúde, como uma causa da falta de preparação, considerando que não só os docentes, mas também, os enfermeiros apresentavam excesso de trabalho.

No estudo de Batista (1996) emergiu a grande diversidade de enfermeiros orientadores em termos de interesses individuais e de formação profissional,

verificando-se nalguns, desmotivação para a função de supervisão em EC. Também se evidenciou diferentes métodos de trabalho nos vários serviços, não existindo modelos conceptuais bem definidos o que, segundo a autora poderia influenciar negativamente a adaptação dos EE aos locais de EC, aspeto mencionado também noutros estudos (Carvalho, 2002; Mestrinho, 2002; Andrade, 2005), e que alguns designaram de desfasamento teoria/prática (Van Velze, 1991; Amaral, 1995; Moura, 1999; Dixe, 2007; Borges, 2010).

Nos estudos de Carvalho (2002) e de Andrade (2005) constatou-se que as dificuldades de colaboração interinstitucional residiam nas diferentes concepções que cada uma das instituições tinha acerca da enfermagem e do que é ser enfermeiro. A este respeito, Carvalho (2002) refere-se ao facto de poder existir uma certa clivagem entre as concepções de enfermagem ligadas aos modelos veiculados pela escola, humanistas, e a forma como os contextos da prática estão organizados, os quais, normalmente, veiculam o modelo biomédico, apontando a necessidade de reflexão acerca da conceptualização da prática. No estudo é referida a importância do modelo de enfermagem estar bem clarificado e interiorizado para ambos os intervenientes, professores e enfermeiros, antes de o começarem a transmitir aos EE, ou seja, *“coerência entre o que os orientadores defendem e o que fazem na prática de enfermagem”* (Carvalho, 2002: 169). A autora defendeu que os EC não poderiam continuar a ser encarados como uma experiência isolada entre professores e EE, mas antes como uma dinâmica de responsabilização partilhada entre professores e enfermeiros dos serviços na promoção do processo de ensino/aprendizagem dos estudantes, referindo-se ao facto da formação só se concretizar quando são proporcionadas experiências de aprendizagem em ambos os contextos de formação, escola e CPC, existindo uma necessidade de aproximação a vários níveis, entre professores e enfermeiros.

Também Mestrinho (2002) referiu a existência de modelos tradicionais prescritivos, verificando-se discordância entre o discurso veiculado pelos professores e o veiculado pelos enfermeiros orientadores, por falta de disponibilidade tanto de professores como de enfermeiros para uma prática reflexiva. Arco (2003) referiu-se também à perspetiva dicotómica da ação entre professores e enfermeiros no EC, registando-se uma influência nítida das representações que ambos têm da cooperação organizacional o que, de certa forma, também foi constatado no estudo de Andrade (2005), em que as dificuldades, de uma forma global, residiram na falta de convergência

das representações que cada “*parceiro da formação*” tinha acerca da escola (Andrade, 2005, p.103).

Catarino (1994: 172) apontou a “*divergência de conhecimentos, objetivos e burocracia*“, como dificuldade na colaboração interinstitucional. Também Macedo (2009) refere a existência de *algumas incongruências* não só entre a escola e o CPC, mas também ao nível interno de cada uma das organizações, sobretudo, no que respeita às práticas de cuidados e às orientações que designou de *conflitantes*. Os dados recolhidos também apontaram para uma visão das duas organizações por parte dos atores, de uma forma independente, apesar da procura da colaboração interinstitucional. Macedo (2009) concluiu que o “*hospital*” se aproximava mais do *modelo racional burocrático*, apresentando valores mais de ordem empresarial, focalizados na eficácia, na eficiência e na produtividade, enquanto o enfoque da escola centrava-se no sucesso dos EE. O estudo revelou algumas incoerências entre o que é defendido e praticado, uma vez que, sendo o “*hospital*” uma instituição onde a formação ocorre, os seus objetivos e as suas práticas não tinham em conta esse facto e, por isso, não estavam “*formatados*” para a realização do ensino, sendo que a colaboração interinstitucional existia mais no papel, como um requisito formal e legal, não se verificando uma verdadeira parceria. A autora acabou por verificar que, em muitos casos, “*as ações controlavam as ideias*” (Macedo, 2009: 435), ou seja, as ações não eram uma consequência das ideias, mas o contrário, verificando-se, por vezes, incongruência entre discurso e ação.

Na perspetiva anterior, Macedo (2009) considerou que o protocolo de articulação entre a escola de enfermagem e a instituição de saúde surgia como “*um artefacto que contribui para engrandecer o conjunto de elementos de formalização estrutural destas duas organizações*” (Macedo, 2009: 435), de forma a dar resposta às expectativas de vária ordem (sociais, administrativas, políticas, legais) e a garantir uma “*imagem de competência*” de ambas as organizações. O estudo revelou a existência de articulações e desarticulações a nível interinstitucional e, também, que “*o exercício da articulação entre a escola de enfermagem e o hospital*”, a partir da supervisão de EC, acabava por contribuir para a interpretação das especificidades de cada uma das organizações envolvidas, quer científicas e pedagógicas, quer organizacionais, revelando vários tipos diferentes de configurações de articulação, cuja intensidade e frequência se apresentavam por vezes inconstantes e variáveis, colocando desafios para o presente e o futuro. É referido que não há um único e melhor modelo para

compreender a articulação entre a escola e o “*hospital*”, considerando que existem vários modelos.

Nos resultados dos vários estudos são apontados vários **fatores facilitadores da articulação entre as escolas e os CPC**.

No estudo de Amador (1991) é salientada a importância do papel dos enfermeiros na orientação dos EE na transmissão aos EE duma visão mais real da prática clínica. Andrade (2005) constatou que a existência de abertura para a participação no planeamento e conceção da formação por parte dos enfermeiros constituía um fator facilitador da parceria. Neste sentido, a preparação dos enfermeiros orientadores, não só sob o ponto de vista pedagógico, mas também, acerca das atitudes e valores e das teorias de enfermagem adotadas, foi referida como facilitador do processo de articulação (Amador, 1991). Os resultados da pesquisa de Dixe (2007) revelaram que os EE consideraram positivo o facto de terem uma orientação mais personalizada, uma melhor aprendizagem pelo acompanhamento contínuo e pela verificação do “*exemplo*” do desempenho dos enfermeiros orientadores, o que favorecia a sua integração.

A existência de uma adequada comunicação professor/equipa de enfermagem e equipa/professor foi referida como estando associada a atitudes positivas face à colaboração (Amaral, 1995). Nos resultados do estudo de Catarino (1994) verificou-se associação entre a comunicação professor/equipa e equipa/professor e as atitudes positivas face à colaboração vivenciada. No que respeita às estratégias utilizadas pelos professores para promover a articulação, foi referida a “*aproximação docência-enfermeiros da prestação de cuidados*” (Amaral, 1995: 157), através da comunicação adequada, de reflexão e ações de formação em conjunto e de maior conhecimento da realidade dos CPC, sobretudo durante a realização dos EC, sendo que neste estudo os professores consideraram que seria desejável uma maior aproximação entre a escola e os CPC. No estudo de Van Velze (1991) os enfermeiros atribuíram grande importância à presença do professor no local de EC, encarando-o como elemento facilitador da articulação teórico-prática. Contudo, consideraram a necessidade do professor se integrar de forma mais adequada na realidade da prestação direta de cuidados e ter experiência prévia a este nível, para que o desfazamento entre teoria e a prática fosse menor. No estudo de Baptista (1996) são apontadas como estratégias facilitadoras da articulação teoria/prática, o facto de os professores informarem o CPC sobre aspetos como a caracterização do grupo de EE e, por sua vez, os enfermeiros dos CPC

informarem aqueles sobre as características da equipa de saúde, assim como o facto de os enfermeiros chefes estimularem os EE a serem agentes de mudança no serviço.

Também no estudo de Mestrinho (2002) todos os intervenientes (professores, enfermeiros e estudantes) deram grande importância à necessidade de análise e discussão das práticas de cuidados, valorizando, o questionamento das práticas, o desenvolvimento do pensamento crítico e, também, a existência de reflexão conjunta entre professores, enfermeiros e EE. Nesta perspetiva, é salientada a importância da existência de reuniões conjuntas entre todos os intervenientes, seja na escola, seja nos CPC, não só com o objetivo de se refletir sobre as práticas de cuidados, mas também, de se iniciarem projetos de investigação, sendo apontada a estratégia de formação-ação e de investigação-ação como promotoras da reflexão.

Por outro lado, noutros estudos, verificou-se que, como consequência das parcerias estabelecidas, ocorreram mudanças na escola e nas instituições de saúde. No estudo de Moura (1999) os enfermeiros identificaram vários aspetos positivos pelo facto de orientarem os EE, dos quais foram considerados mais significativos a atualização de conhecimentos, o facto de se sentirem facilitadores da aprendizagem, satisfação pessoal e a compensação económica. Também no estudo de Amador (1991) os enfermeiros consideraram a importância de terem EE nos serviços, pois constituíam uma fonte de inovação e um estímulo para a melhoria dos cuidados, assim como no estudo de Borges (2010) em que a orientação dos EE foi encarada pelos enfermeiros como uma experiência positiva, pelo facto de contribuir para o crescimento global de todos os intervenientes no processo. Os resultados do estudo de Silvestre e Teodoro (2008) apontaram, como consequência das parcerias estabelecidas, para a ocorrência de mudanças a nível das organizações envolvidas, das relações humanas, da formação, tanto na escola como nas instituições de saúde, assim como a nível cultural e pessoal. Estas mudanças proporcionaram uma maior aproximação entre enfermeiros e professores, sobretudo, durante a realização do EC. Também no estudo de Macedo (2009) a supervisão do EC surgiu como elemento articulador entre os dois tipos de organizações. Neste sentido, a autora evidenciou a extrema importância que o papel dos professores e enfermeiros e dos *agentes beneficiários* (EE e doentes), pode ter na promoção da articulação entre a escola e os CPC.

Dos vários estudos emergiram **propostas** favorecedoras da articulação que passamos a enumerar de seguida.

O estabelecimento de protocolos de colaboração foi uma das sugestões encontradas em vários estudos. Brun (1995) no seu estudo sobre a colaboração escola/CPC na perspectiva dos enfermeiros orientadores conclui que estes consideraram a formação de EE como uma das suas funções e que foram favoráveis ao estabelecimento de protocolos de colaboração interinstitucionais, de forma que se verificasse uma orientação conjunta e concertada no que respeita à orientação de EE em EC. Andrade (2005) apontou a importância da realização de um protocolo, mas deixou claro que o mesmo por si só não garantia que a parceria fosse adequada, havendo a necessidade de vigilância regular do processo de implementação do mesmo. No estudo de Borges (2010) as propostas que surgiram centraram-se na criação de protocolos interinstitucionais, passando por parcerias efetivas na formação, na prestação de cuidados e na investigação. Por outro lado, no estudo de Catarino (1994), naquilo que designou de contrapartidas face ao protocolo, verificou-se alguma divergência das opiniões, sendo que os professores privilegiaram a formação pessoal e a dos EE, enquanto os enfermeiros valorizaram mais os aspetos económicos e a participação na formação dos EE, tendo sido apontadas sugestões no que respeita às cláusulas contratuais, de forma que as mesmas respeitassem as necessidades das duas instituições, assim como, ações no sentido de melhorar a comunicação interinstitucional. Também, no estudo de Arco (2003), foram sugeridas formas de compensação dos enfermeiros orientadores, como o acesso gratuito à formação.

Outra das propostas referidas nos vários estudos foi a promoção da comunicação interinstitucional, através do planeamento adequado do processo de colaboração, de forma que fosse discutido e acordado pelas partes envolvidas (Amador, 1991; Van Velze, 1991; Catarino, 1994; Amaral, 1995; Andrade, 2005; Borges, 2010). Amador (1991) reforçou a importância do processo de colaboração ser planeado, discutido e acordado por ambas as partes, docentes e enfermeiros, de forma a obter a adesão destes intervenientes e de potencializar as contribuições de todos, o que constituiria uma mais-valia para o desenvolvimento mútuo, assim como dos EE. Neste estudo a importância da colaboração interinstitucional foi reconhecida tanto por professores, como por enfermeiros e EE.

A existência de uma verdadeira parceria interinstitucional foi focada em vários estudos, devendo proceder-se, sempre que necessário, à clarificação das regras existentes nos protocolos de colaboração de forma que houvesse um manifesto envolvimento recíproco entre os intervenientes dos dois contextos, relevando-se a

importância da comunicação e da negociação entre os intervenientes na parceria (Mestrinho, 2002). Os resultados encontrados no estudo de Andrade (2005) evidenciaram a necessidade de se refletir, discutir e clarificar as componentes da parceria entre a escola e o CPC, nomeadamente: o perfil de competências básicas do enfermeiro, o modelo de supervisão em EC, a identificação dos CPC mais adequados, o modelo concetual de enfermagem adotado e os modelos de comunicação interinstitucional.

Também no estudo de Borges (2010), a criação de parcerias emergiu como uma proposta de aproximação entre todos os intervenientes, tendo os enfermeiros considerado que a realidade constatada ainda estava longe do que seria desejável neste aspeto. Neste contexto, Carvalhal (2002) sugere que no tipo de parceria a estabelecer, o grau de participação e de responsabilização deve ser idêntico entre professores e enfermeiros, sendo que *“a parceria obriga à criação de uma nova cultura de aproximação das organizações educativas e profissionais”* e deve constituir *“um elo de ligação com toda a equipa do serviço”* (Carvalhal, 2002: 57 e 70) e que a formação deverá ser vista como um processo conjunto entre escolas e instituições de saúde.

Neste âmbito Amador (1991) releva a necessidade das escolas e CPC se manterem unidas no que diz respeito à formação dos EE, de forma que a colaboração possa ser realmente efetiva, sendo que *“deve ser transformada em estímulo para unir o que de melhor existe em cada um dos locais”* (Amador, 1991: 322). Também Catarino (1994) salientou a necessidade da *“formação ser o mais possível interligada com a prática, como forma de ultrapassar o fosso existente entre as duas vertentes do ensino de enfermagem”* (Catarino, 1994 p. 174). No estudo de Amaral (1995) os professores referiram-se à importância desta articulação no sentido de que a teoria deveria ter aplicabilidade na prática e, a partir desta, ser possível reconstruir novamente a teoria.

A promoção da colaboração entre escola e CPC foi também referida no sentido de envolver mais os enfermeiros no planeamento do EC e os professores mais nos problemas relacionados com a prestação de cuidados nos CPC, possibilitando, maior aproximação entre professores e enfermeiros. Andrade (2005) considera que deveria existir maior envolvimento, articulação e complementaridade de todos os intervenientes, professores, enfermeiros e EE no processo da formação, com o objetivo de aproximar mais a escola dos CPC e vice-versa. Nesta perspetiva, considera importante a implementação de estratégias como: a promoção do trabalho em parceria, a avaliação periódica do sistema de parceria, o estabelecimento das condições necessárias à

formação dos EE, formação de grupos de trabalho (“núcleos”), com professores e enfermeiros, tanto para o planeamento do ensino teórico como do EC. Mestrinho (2002) refere-se ao desenvolvimento da competência “*saber colaborar*” (Mestrinho, 2002: 196) entre professores e enfermeiros, de forma que ambos possam intervir no ensino, quer teórico, quer clínico, para que haja maior envolvimento dos professores nas dinâmicas dos CPC e, também, maior envolvimento dos enfermeiros no ensino realizado pela escola.

Os enfermeiros que participaram no estudo de Macedo (2009) referiram que o protocolo de colaboração deveria incluir outros atores, assim como deveria refletir um trabalho de conjunto, sobretudo, ao nível da formação de enfermeiros orientadores, da criação de cursos versando a vertente da supervisão em EC, da definição de políticas de supervisão, assim como de várias outras ações que deveriam ocorrer em parceria. Van Velze (1991) salienta a importância da presença dos professores nos CPC para a promoção da articulação entre a teoria e a prática, destacando a necessidade do professor “*orientar de perto o ensino prático dos EE*” (Van Velze, 1991: 78).

Os EC não poderão continuar a ser encarados como uma experiência isolada entre professores e EE, mas antes como uma dinâmica de responsabilização partilhada entre professores e enfermeiros dos CPC, na promoção do processo de ensino/aprendizagem dos EE, sendo que a formação só se concretizará quando são proporcionadas experiências de aprendizagem em ambos os contextos de formação (Carvalho, 2002; Borges, 2010). Neste sentido, nos vários estudos é referida a importância de que professores e enfermeiros conheçam os dois contextos de formação, de forma que possam trabalhar em conjunto no planeamento do EC e, também, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, trazendo como consequência uma melhor articulação teórico-prática e o desenvolvimento da enfermagem (Van Velze, 1991; Catarino, 1994; Amaral, 1995; Batista, 1996; Carvalho, 2002; Mestrinho, 2002; Arco, 2003; Andrade, 2005; Dixe, 2007; Borges, 2010).

Outra das propostas incidiu na necessidade de sensibilização dos enfermeiros para o seu papel de formadores dos EE, partindo do pressuposto de que o “*desenvolvimento dos estudantes ocorre na interação orientador/estudante/ambiente*” (Carvalho, 2002:179).

A existência de programa de formação sistematizada para os enfermeiros orientadores foi apontada por vários autores (Amador, 1991; Catarino, 1994; Carvalho, 2002; Mestrinho, 2002; Arco, 2003; Macedo, 2009; Borges 2010). A este respeito, foi

salientada a importância de que os enfermeiros orientadores deveriam ter uma formação adequada sob o ponto de vista pedagógico, ou seja, deveriam ser preparados para as suas funções de supervisão, sendo que esta não deverá ser improvisada. Nesta perspetiva, foi apontada a importância dos critérios de seleção do enfermeiro orientador (Carvalho, 2002), relevando-se a importância do seu papel como modelo para os EE durante o EC (Mestrinho, 2002).

Em vários estudos foi sugerida a realização de reuniões e de ações de formação conjuntas (professores e enfermeiros) para debate dos modelos de formação vigentes e do modelo de enfermeiro veiculado por ambas as instituições, de forma a encontrar pontos de convergência (Catarino, 1994; Carvalho, 2002; Andrade, 2005; Borges, 2010). Foi apontada a importância do modelo estar bem clarificado e interiorizado para ambos os intervenientes, antes de o começarem a transmitir para os EE, ou seja, *“coerência entre o que os orientadores defendem e o que fazem na prática de enfermagem”* (Carvalho, 2002: 169). Mestrinho (2002) considera que *“a centralidade da formação deve ser formar-se e não formar”* (Mestrinho, 2002: 200), no sentido do envolvimento da pessoa no seu próprio desenvolvimento pessoal e profissional, e reforça a necessidade de maior investimento em modelos de formação que promovam a aproximação entre o meio académico e o meio profissional.

Algumas das propostas incidiram na promoção de uma prática reflexiva que questionasse as práticas e a partir da qual, se pudessem iniciar projetos de investigação conjunta entre escola/CPC (Catarino, 1994; Batista, 1996; Carvalho, 2002; Arco, 2003, Borges, 2010). Baptista (1996) reforça a necessidade de se promover em todos os atores do contexto uma prática reflexiva, sendo referido que *“é crucial transformar as instituições de saúde em escolas, tendo na base das suas práticas um processo espontâneo e sistemático de reflexão/avaliação em todos os seus profissionais, visando sempre que necessário a reformulação dos cuidados”* (Baptista, 1996: 182).

Foi também referido que deveria existir maior adequação do número de EE por serviço, de forma a evitar o excesso de EE nos CPC e a sobrecarga destes, uma vez que poderia perturbar não só o ensino, como também a prestação de cuidados (Arco, 2003; Borges, 2010).

Discussão dos Resultados

Os resultados dos vários estudos, realizados a partir de perspetivas de diferentes atores, acabam por convergir quanto aos fatores influenciadores da articulação interinstitucional e revelaram, também, que as dificuldades nos processos de articulação

interinstitucional se têm mantido constantes ao longo do tempo, apesar das mudanças ao nível do ensino de enfermagem nos últimos vinte anos, aspeto que é constatado por outros autores como Frias e Barroca (2002) e Abreu (2003), o qual refere que a colaboração interinstitucional continua a ser *pouco consistente*.

Das dificuldades que têm permanecido destacamos a falta de comunicação entre a escola e os CPC e, sobretudo, a diferença entre os modelos conceptuais acerca da enfermagem defendidos pelas duas instituições, aspeto que também é referido por vários autores (Fernandes, 2004; Simões et al., 2006; Fernandes, 2008; Garrido et al., 2008) e com o qual concordamos, considerando que talvez o problema da colaboração escola/CPC possa começar exatamente neste ponto, porque em cada uma das instituições em causa os conceitos referidos podem não estar assim tão claros e tão definidos para os respetivos intervenientes, não existindo por vezes a análise, a reflexão e a clarificação necessárias acerca deste assunto. Garrido et al. (2008) referem-se à discrepância teoria/prática e dos modelos conceptuais veiculados por cada uma das instituições, sendo na escola mais focado na pessoa, nos CPC mais focado na doença e nas “rotinas” hospitalares.

Abreu (2003) refere também a diversidade de currículos entre as escolas e as mudanças organizacionais ao nível das instituições de saúde, considerando, tal como verificamos anteriormente, que “*Muitos projetos de parceria, apesar de consignarem um amplo conjunto de atividades de colaboração, resumem-se ao apoio na formação clínica dos estudantes*” (Abreu, 2003 p. 52). Todos estes aspetos acabam por originar a falta de envolvimento recíproco no trabalho e projetos de cada uma das instituições o que, na nossa perspetiva, poderá influenciar não só a aprendizagem dos EE, mas também, a qualidade dos cuidados.

Por outro lado, a falta de preparação dos enfermeiros para a função de supervisão em EC, assim como, o excesso de carga de trabalho, sobretudo, dos enfermeiros dos CPC, também são referidos por outros autores nacionais e estrangeiros (Edmond, 2001; Rua, 2009; Bourgeois et al., 2011), constituindo aspetos que continuamos a verificar na atualidade e que também são mencionados pela OE (2008). A este respeito, convém salientar a Diretiva do Parlamento Europeu (2005) que, a propósito do EC, releva a importância deste ser ministrado em colaboração (escola/instituição de saúde) por profissionais preparados, o que vai de encontro às *guidelines* da World Health Organization (WHO) (2001a) e ao preconizado pela OE (2008) que refere que a experiência clínica dos EE deve ser adquirida sob a orientação

de profissionais de enfermagem qualificados. Também Abreu (2007) se refere à necessidade de serem disponibilizados cursos específicos de formação para os enfermeiros orientadores, sob a responsabilidade conjunta das escolas e das instituições de saúde, que os preparem de forma adequada para a função de supervisão.

Registamos e relevamos o facto de serem apontados como fatores facilitadores da articulação interinstitucional, a adequada comunicação professor/equipa, a presença do professor no CPC, assim como, a existência de formações conjuntas com professores e enfermeiros e a promoção da reflexão entre ambos. Neste sentido, também, d’Espiney (1997) refere que o EC deve permitir o questionamento das práticas entre todos os elementos (enfermeiros, professores, EE).

Em todos os estudos emergiu a necessidade de uma maior aproximação entre a escola e os CPC e a existência de protocolos efetivos de colaboração, relevando a importância de existir convergência no que respeita à formação dos EE em EC e de envolvimento recíproco dos profissionais de ambas as instituições, tanto na promoção da aprendizagem dos EE, como na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, aspeto que também é referido por vários autores (Coelho, 2000; Franco, 2000; Edmond, 2001; Frias e Barroca, 2002; Longarito, 2002; Simões 2004; Abreu, 2007; Garrido e Simões, 2007; Garrido et al., 2008; Simões et al., 2008; Rua 2009). A OE (2008) no seu plano estratégico para o ensino reforça a necessidade de se estabelecerem “*consórcios*” entre as instituições de ensino e as instituições de saúde de forma que a formação e a investigação se adequem às necessidades dos cuidados de enfermagem. Clare et al. (2003) no estudo realizado por um consórcio de universidades australianas concluíram que a qualidade da educação em EC é bastante afetada pelo tipo de parcerias estabelecidas entre as instituições de ensino e as instituições de saúde. Souers et al. (2007) consideram que as parcerias de colaboração entre as escolas e os CPC ajudam a diminuir a distância entre os dois tipos de instituições, através da criação de um ambiente propício à partilha de conhecimentos e de experiências e que seja promotor da formação de novos enfermeiros. Simões et al. (2006) e Rua (2009) consideram importante o desenvolvimento de pesquisas acerca dos modelos de parceria a estabelecer entre as instituições de ensino e as instituições de saúde, sendo que Rua (2009) menciona que a investigação a esse nível seria importante para dar resposta, não só aos novos desafios da formação, mas também às novas exigências de gestão dos serviços de saúde.

Canário (1997) refere-se à necessidade da formação se articular com os contextos de trabalho, dando relevância à continuidade entre situação de formação e situação de trabalho. O mesmo autor aponta ainda a importância desta articulação (ex. escola/CPC) ter em conta o contexto social onde ambas as instituições estão inseridas. Greenwood (1993) reforça a importância de existir por parte da escola e dos professores uma maior aproximação às situações dos CPC e às teorias que emergem a partir dos mesmos.

Outros autores confirmam os resultados encontrados nesta revisão sistemática, propondo que a formação dos professores passe pelos CPC, que estes realizem estágios nos CPC e que se processe a integração dos enfermeiros nas atividades das escolas, assim como a realização de reflexões conjuntas, com o objetivo de promover a articulação interinstitucional (d’Espiney, 1997; Edmond, 2001; Simões, 2006). Benner (2001, p. 208) refere-se à dificuldade das *“enfermeiras professoras”* em manterem o seu *“nível de perícia, tanto na prática como no ensino”*. A WHO (2001a e 2001b) aborda também a necessidade de os professores terem experiência sob o ponto de vista clínico, de forma que se verifique um adequado acompanhamento dos EE em EC. Macedo (2010) refere-se à necessidade de articulação escola/CPC, de forma que os EE e os professores sejam vistos como elementos da equipa de saúde e os enfermeiros dos CPC sejam vistos como colaboradores na formação dos EE, chamando a atenção para a presença mais assídua dos professores nos CPC. Raines (2009) e Niederhauser et al. (2010) referem-se à necessidade da educação em prática clínica ser planeada de forma a promover as relações entre os EE e os profissionais de enfermagem. Segundo Niederhauser et al. (2010), esta circunstância acarreta como consequências um maior envolvimento da escola com o desenvolvimento dos enfermeiros como orientadores clínicos e a vantagem de os EE e professores não serem vistos como visitas, mas sim como membros da equipa de saúde.

Tendo em conta esta perspetiva, vários autores nacionais e estrangeiros relatam experiências de colaboração promotoras da articulação escola/CPC, algumas das quais consideramos importante mencionar, pela pertinência e/ou pela inovação e porque confirmam alguns dos dados encontrados.

D’Espiney (1997) refere-se a uma experiência positiva de articulação escola/CPC em que o processo de orientação dos EE em EC e os cuidados aos doentes foram planeados, discutidos e implementados em conjunto pelos professores e enfermeiros, com a criação de grupos de trabalho e a existência de sessões de formação

conjunta, numa lógica de articulação da formação inicial com a formação contínua, visando a melhoria da qualidade da formação e dos cuidados aos doentes.

Downie et al. (2001) referem uma experiência de protocolo de colaboração entre uma escola de enfermagem e uma instituição de saúde, tendo consistido num modelo de investigação em parceria, essencialmente, entre professores de enfermagem e enfermeiros, mas também com extensão a outros profissionais de saúde como os médicos. Uma das principais finalidades da parceria consistiu na melhoria da qualidade dos cuidados. Os resultados obtidos centraram-se na existência de maior comunicação entre os profissionais das duas instituições, no desenvolvimento do conhecimento e da investigação em enfermagem, assim como na inovação ao nível do CPC, com divulgação das boas práticas, tendo proporcionado a *“aprendizagem a partir da prática”* (Downie, et al., 2001 p. 32)

Mendes et al. (2001) referem-se a uma experiência de colaboração entre os professores de uma escola e os enfermeiros orientadores de um CPC, em que se realizaram reuniões prévias, através das quais lhes foi dado a conhecer o plano de estudos e a respetiva filosofia subjacente, o relato de experiências de sucesso e insucesso no processo de orientação de EE em EC, assim como, estratégias de ensino em contexto de prática clínica. Nesta experiência de parceria também foi possível que os enfermeiros orientadores tivessem discutido e delineado com os professores os princípios de orientação dos EE e os indicadores de avaliação, tendo os enfermeiros ficado muito satisfeitos por terem trabalhado na escola com os professores com os quais iriam posteriormente colaborar no CPC. Foi também importante a existência de trabalho em conjunto fora dos períodos de orientação dos EE.

Haugan et al. (2011) relatam os benefícios de sessões de orientação tutorial dos EE com apresentação e discussão de casos, adotando a forma de fórum, com a presença e reflexão conjunta dos professores e dos enfermeiros orientadores, tendo favorecido a colaboração entre a escola e os CPC e contribuído para um cuidado mais centrado no doente.

Granger et al. (2012) fazem referência a uma parceria entre a escola de Enfermagem da Duke University e duas Organizações de Saúde, que resultou na criação de uma estrutura organizativa sob direção conjunta, e cujos objetivos consistem em atingir os mais altos níveis de prática baseada na evidência, numa partilha de conhecimentos e recursos interinstitucionais. Basicamente, com este tipo de colaboração pretendeu-se identificar situações/problema e necessidades no âmbito da investigação e,

consequentemente, desenvolver projetos de investigação conjuntos, envolvendo EE, enfermeiros, professores e outros profissionais, com vista à melhoria da educação em enfermagem e da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Os resultados incidiram na maior disponibilidade de recursos para o EC, maior facilidade de acesso aos dados para investigação, desenvolvimento de programa piloto de investigação, assim como, aprofundamento das várias metodologias de investigação, com integração de equipas multidisciplinares, em que os profissionais desenvolvem as suas competências investigativas na sua prática quotidiana. Os autores consideram que a estrutura organizativa criada permitiu partilhar objetivos e recursos e trouxe benefícios para as instituições envolvidas, através da resolução dos problemas encontrados, que se refletiu na maior qualidade dos cuidados prestados.

A este propósito relembramos a legislação portuguesa já mencionada sobre a articulação entre o exercício clínico e as atividades de formação dos profissionais de saúde, relevando a importância da adequação dos CPC, que devem ser “*serviços de excelência*” (Portugal, 2004, p. 5419). Neste sentido, Hand (2005) refere-se à necessidade dos CPC serem de elevado nível e qualidade, de terem condições para apoiar os EE a desenvolverem as competências necessárias à boa prática de cuidados. A autora considera que os CPC devem ser auditados regularmente, segundo critérios estabelecidos pelas escolas, com o objetivo de confirmar se possuem as características consideradas necessárias para a receção de EE em EC, tais como espírito de equipa, abordagem humanizada dos EE, elevado nível de qualidade dos cuidados, e equipa interessada em aprender e em desenvolver-se a nível pessoal e profissional. A este respeito chamamos a atenção para o facto de o instrumento de avaliação do ensino de enfermagem proposto pela WHO (2001b), incluir um item relativo à acreditação das instituições que recebem EE em EC.

Garrido et al. (2008) também se referem à necessidade dos CPC terem equipas ativas e envolvidas no processo de ensino/aprendizagem dos EE, de forma que possam constituir uma referência em termos da qualidade dos cuidados prestados, considerando fundamental o estabelecimento de protocolos interinstitucionais, nos quais estejam claramente definidos todos os itens relacionados com a orientação dos EE em EC, como a filosofia de cada instituição e a definição das funções dos vários intervenientes. Clare et al. (2003) fazem recomendações específicas relativas aos CPC, tais como: (i) estabelecimento de parcerias sólidas entre os professores e os enfermeiros dos CPC; (ii) comunicação aberta e transparente; (iii) criação de um clima favorável à aprendizagem;

(iv) reconhecimento e recompensação dos enfermeiros que orientam os EE; (v) preparação adequada dos enfermeiros orientadores e dos EE em cada EC; e (vi) aceitação e compreensão das diferenças existentes entre os parceiros a vários níveis (objetivos, aspirações, processos, estruturas) (Clare et al., 2003, p.xviii).

Várias organizações referem-se à necessidade de providenciar CPC credíveis e de grande qualidade, os quais devem ser sujeitos a processo de regulação. A Health Workforce Australia (HWA) (2010) refere-se aos constrangimentos observados nos CPC, como sobrecarga de trabalho, inadequadas condições físicas e recursos insuficientes ou inapropriados, para além de se verificar, muitas vezes, uma cultura organizacional que não reconhece, nem valoriza o processo ensino/aprendizagem dos estudantes na área da saúde. A OE (2008) reconhece que por vezes os CPC não apresentam as condições necessárias em termos do número e qualificação dos profissionais para a orientação dos EE em EC, referindo-se à acreditação dos CPC e seleção e certificação dos “*supervisores clínicos*” nos casos da “*Prática Tutelada em Enfermagem*” (OE, 2010a; OE, 2010b; OE, 2010c).

No estudo de Clare et al. (2003) relativamente às parcerias no contexto australiano, foram identificados vários princípios que devem estar subjacentes a qualquer parceria, no sentido de promover e facilitar a aprendizagem em prática clínica: (i) estabelecimento de um acordo formal entre as instituições envolvidas; (ii) existência de comunicação interinstitucional efetiva e atempada; (iii) definição clara e objetiva de direitos, funções e responsabilidades de todas as pessoas envolvidas na parceria e no EC; (iv) preparação adequada de professores e enfermeiros dos CPC para a orientação dos EE em EC; (v) promoção de elevada qualidade do EC no CPC; e (vi) monitorização do processo de ensino/aprendizagem e do progresso dos EE (Clare et al., 2003, p. xvi).

A partir destes princípios e do trabalho realizado acerca das parcerias existentes, Clare et al. (2003) fazem várias recomendações, das quais destacamos: (i) existência de visão, valorização e responsabilização conjuntas, entre a instituição de ensino e a instituição de saúde, acerca da educação em prática clínica; (ii) seleção das pessoas mais adequadas para o envolvimento no processo de ensino/aprendizagem em prática clínica; (iii) promoção da qualidade do CPC em parceria com a instituição de ensino; (iv) desenvolvimento da parceria a vários níveis como investigação, educação, gestão, e a nível social e político; e (v) estabelecimento de uma boa comunicação a todos os níveis entre as instituições envolvidas, assim como a promoção de uma relação interinstitucional sustentada na honestidade e no respeito mútuo.

No Reino Unido a Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA) (2007) enumera uma série de princípios gerais, “código de prática”, que as instituições de ensino superior deverão respeitar relativamente ao ensino realizado em contextos de trabalho. Dada a sua relevância, consideramos pertinente mencionar alguns desses princípios, uma vez que também se podem aplicar no contexto dos EC. Em primeiro lugar, é referida a necessidade da definição clara dos objetivos da aprendizagem nos contextos em causa, assim como a definição das responsabilidades das instituições de ensino e dos parceiros envolvidos, para além de que as instituições de ensino deverão informar atempada e adequadamente as instituições que recebem os estudantes acerca de todos os itens relativos ao processo de aprendizagem dos mesmos. Por outro lado, as instituições de ensino deverão ter meios para assegurar que os locais que recebem os estudantes proporcionam as oportunidades de aprendizagem apropriadas, devendo implementar procedimentos de monitorização e avaliação dos contextos em causa. Também, deverão procurar que os professores que acompanham os estudantes nesse locais, possuam a devida qualificação para tal, prevendo que quando necessário, os estudantes possam ser acompanhados por profissionais das instituições acolhedoras, desde que devidamente preparados. As instituições de ensino deverão ainda assegurar que os estudantes tenham a necessária formação e os requisitos para a aprendizagem requerida nos contextos em causa, assim como, a informação acerca das suas responsabilidades na instituição que os recebe (QAA, 2007, p.22-24).

A HWA (2011) também se refere a um conjunto de princípios que deverão nortear o desenvolvimento das práticas clínicas. Em primeiro lugar, a clarificação de funções e responsabilidades de todos os envolvidos, processo que deve ser adequadamente comunicado e documentado, assim como, a clarificação das expectativas dos estudantes, dos orientadores clínicos e dos CPC. Em segundo lugar, refere-se à preservação da qualidade a vários níveis: nos cuidados aos doentes, nos conhecimentos e habilidades do orientador clínico, nas características dos planos de estudo, sobretudo das práticas clínicas, e na preparação e suporte dos orientadores e dos estudantes. Por último, foca a cultura organizacional ao nível de objetivos e recursos organizacionais, que devem ter em conta: (i) os objetivos da educação em prática clínica; (ii) as condições dos CPC para que o processo de ensino/aprendizagem dos estudantes ocorra num ambiente apropriado, sob o ponto de vista da segurança, do suporte e dos recursos que lhes são disponibilizados; (iii) a relação interinstitucional e

interpessoal de colaboração, que deve ser sólida; e (iv) a valorização e o reconhecimento da educação em prática clínica pelas instituições envolvidas.

Em síntese, a articulação escola/CPC exige vontade, determinação, planeamento, acordo, protocolo escrito, empenhamento e forma de regulação e avaliação, características que devem fazer parte de um processo contínuo e que se devem verificar aos vários níveis das organizações envolvidas.

2.2 Desenvolvimento de Competências dos Estudantes de Enfermagem

No contexto desta área procuramos responder à questão - “Quais os fatores influenciadores do desenvolvimento de competências dos EE durante o EC?”.

Dos 56 estudos encontrados sobre EC, 23 abordaram o desenvolvimento de competências dos EE durante a realização do EC e consistiram: 3 dissertações de doutoramento; 16 dissertações de mestrado; 2 dissertações do curso de pedagogia aplicada ao ensino de enfermagem; 1 artigo de publicação periódica; 1 monografia.

Dos 23 estudos encontrados, tal como consta no Diagrama Número 4, verificamos que 20 incidiram sobre a perspetiva dos EE, 1 sobre a perspetiva de enfermeiros e professores, 1 na perspetiva de professores e EE e 1 sobre a perspetiva de enfermeiros, professores e EE. No que respeita ao interesse dos investigadores pelo tema, constatamos que o mesmo tem sido largamente abordado, pelo menos, desde 1995 até 2009.

Diagrama Número 4 - Sujeitos dos Estudos sobre Desenvolvimento de Competências dos EE em EC

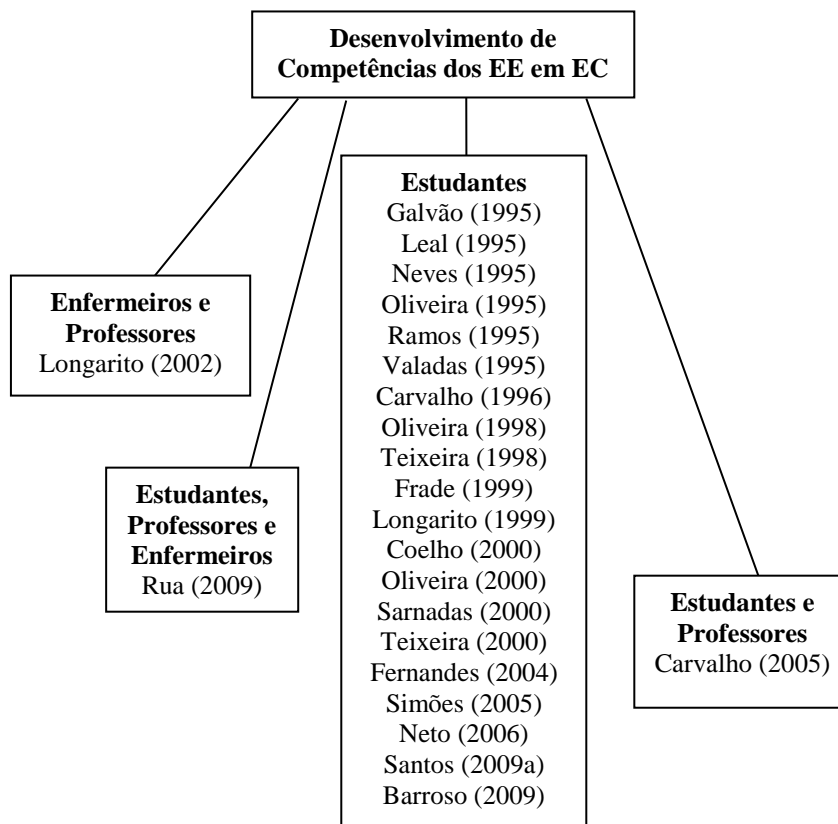
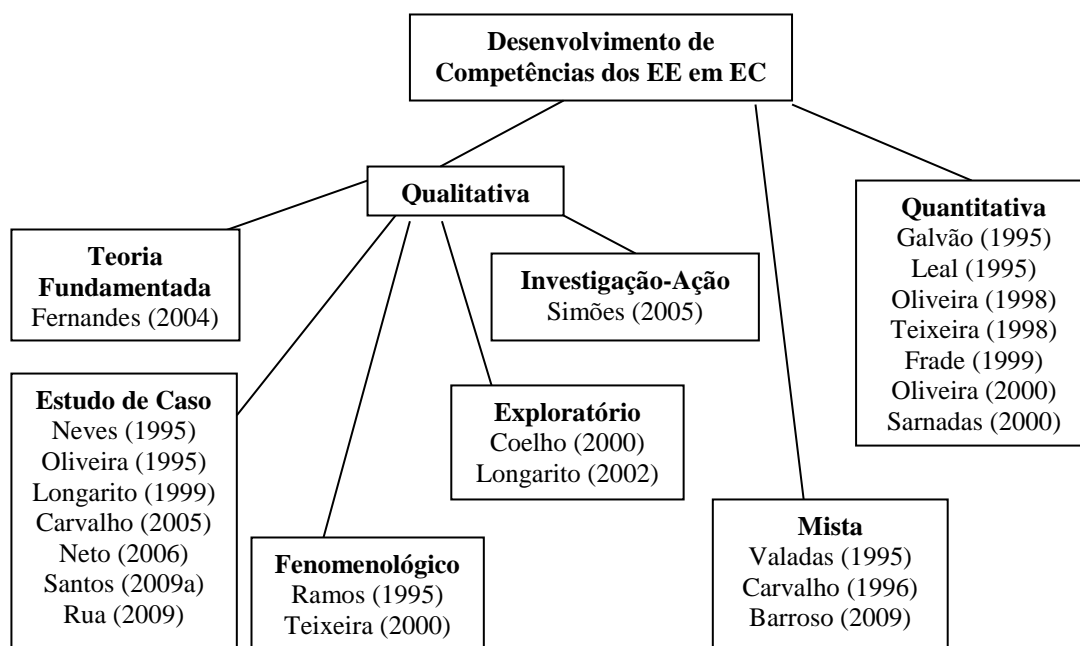
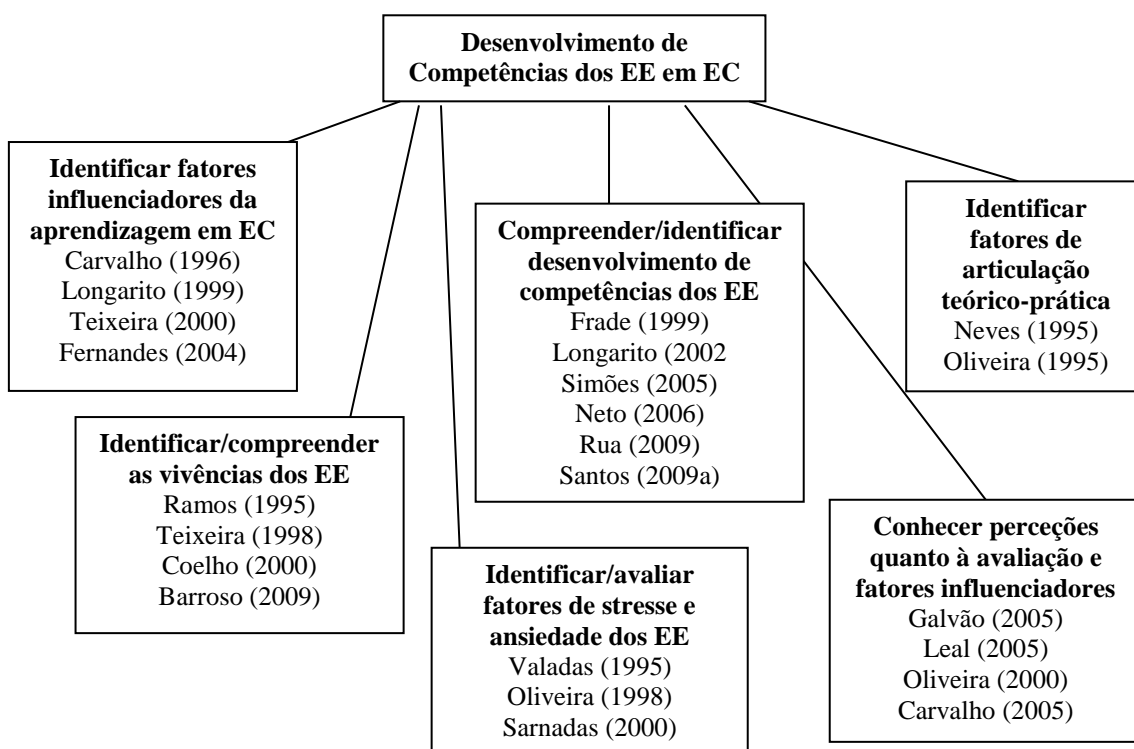


Diagrama Número 5 - Metodologias dos Estudos sobre Desenvolvimento de Competências dos EE em EC



Quanto às metodologias utilizadas, tal como consta no Diagrama Número 5, verificamos que em 13 dos estudos (a maioria) foi utilizada metodologia qualitativa, com predominância do estudo de caso, em 7 estudos a metodologia quantitativa e 3 estudos contemplaram a utilização de metodologia mista (quantitativa e qualitativa).

Diagrama Número 6 - Objetivos dos Estudos sobre Desenvolvimento de Competências dos EE em EC



Pela análise global dos objetivos principais enunciados nos estudos, através do Diagrama Número 6, verificamos que existiu uma grande diversidade, mas ao mesmo tempo uma distribuição quase equitativa dos estudos pelos vários tipos de objetivos identificados. Assim, constatamos que 6 dos estudos tinham como objetivo principal a compreensão e identificação da forma como se processava o desenvolvimento de competências nos EE em EC, sendo que alguns dos estudos focaram-se em competências específicas, como a capacidade para a reflexão, ou a competência para a relação de ajuda. Relacionado com os objetivos mencionados anteriormente, verificamos que em 4 estudos pretendeu-se identificar os fatores influenciadores da aprendizagem em EC e, em 2 estudos, o fio condutor centrou-se na identificação dos fatores que influenciavam a articulação teórico/prática por parte dos EE em EC. Verificamos também que em 4 estudos os objetivos incidiram na identificação e/ou

compreensão das vivências dos EE em EC, enquanto 3 dos estudos centraram-se na identificação e/ou avaliação dos fatores de stresse e ansiedade dos EE em EC. Verificamos ainda que em 4 estudos os objetivos centraram-se nos aspetos relacionados com a avaliação em EC, uns nos fatores influenciadores da mesma, outros, mais na identificação do modelo de avaliação utilizado.

Os resultados dos estudos incidiram na importância do EC na formação dos EE, no processo de desenvolvimento de competências, na avaliação das mesmas em EC, nos fatores influenciadores gerais, nas dificuldades ou barreiras e nos fatores facilitadores do desenvolvimento de competências. Na maior parte dos estudos também foram feitas sugestões no sentido da melhoria das condições para o desenvolvimento de competências dos EE em EC.

Fernandes (2004) faz referência à importância do EC na formação dos EE, realçando o facto do percurso formativo se basear num modelo tradicional de alternância, com uma componente prática e uma componente teórica, e considerando que a aprendizagem adquirida através da experiência foi algo que interferiu na identidade dos EE, ajudando-os a desenvolver a sua capacidade de responsabilização e de lidarem com o desconhecido.

Nalguns estudos constatamos resultados e considerações que se centraram numa abordagem global da aprendizagem em EC e do desenvolvimento de competências e respetivos fatores influenciadores gerais. No estudo de Carvalho (1996) foram identificados vários fatores que influenciavam a aprendizagem dos EE em EC tais como, a estrutura cognitiva do estudante, a sua personalidade, fatores motivacionais, sociais, a relação educativa e a ansiedade. Também Rua (2009) refere-se aos fatores influenciadores do desenvolvimento de competências em três vertentes: a “pessoa”, o “processo” e os “contextos”. Em relação à vertente “pessoa” são referidos fatores facilitadores, como a maturidade, a motivação, a capacidade de envolvimento em situações complexas e a componente afetivo-emocional do EE. No que respeita ao “processo”, é salientada a importância do envolvimento do EE em diversas atividades por um período regular e prolongado, havendo necessidade de inclusão de atividades de uma forma progressiva em termos do grau de complexidade e a reciprocidade nas relações interpessoais estabelecidas. As estratégias de supervisão em EC utilizadas pelo orientador clínico também são apontadas como importantes no desenvolvimento de competências, como a experimentação em conjunto, a demonstração e a reflexão, assim como o questionamento. No que concerne aos “contextos” a autora refere-se aos

“microsistema”, “mesosistema”, “exosistema” e “macrosistema”, apontando para a importância da influência das especificidades de cada contexto e da respetiva atmosfera envolvente, do relacionamento interinstitucional, dos modelos de parceria e da influência das políticas de gestão hospitalar, da formação e do quadro conceptual de enfermagem, como fatores influenciadores do desenvolvimento global das competências dos EE em EC.

Nesta perspetiva da importância dos CPC para o desenvolvimento de competências dos EE em EC, Fernandes (2004) refere que *“a qualidade dos ambientes de formação no EC ajuíza-se em função das pessoas que rodeiam os estudantes, que lhes servem de referência”* (Fernandes, 2004, p. 31), relevando a importância do contexto onde os EE realizam o EC, nomeadamente, dos enfermeiros que fazem parte dos mesmos e da sua marcada influência sobre a formação dos EE. Também no estudo de Santos (2009a) o contexto ou local onde o EC se desenrolou pareceu relacionar-se de forma significativa com o modo como foram percebidas as situações vividas pelos EE, daí a sua importância para a aprendizagem. A autora refere que o desenvolvimento de competências pelos EE passa, necessariamente, pela observação dos cuidados realizados pelos enfermeiros do local de EC, saber como fazer pela interação do EE com a situação e o contexto onde ocorre, apontando *“a observação como elemento estruturante da competência profissional”*, assim como *“a colaboração com os enfermeiros na realização de cuidados”* (Santos, 2009a, p. 339). No estudo de Barroso (2009) os EE identificaram como fatores influenciadores da sua aprendizagem durante o EC as competências pedagógicas, científicas e relacionais dos enfermeiros orientadores. Carvalho (2005) releva ainda a importância da orientação ser realizada pelos enfermeiros dos locais de EC que considera de *“verdadeiros especialistas da prática de enfermagem”* (Carvalho, 2005, p. 367), vincando que o modelo de aprendizagem em EC valorizou os enfermeiros mais que os professores, considerando que o trabalho dos professores poderia ser rentabilizado noutro tipo de atividades, como a planificação, a investigação e a inovação. Para além disso, o autor refere-se à importância do saber construído a partir da prática, contrariando a implementação do modelo da racionalidade técnica em EC. Por outro lado, os resultados do estudo permitiram confirmar que *“os EE aprendem fazendo e vendo fazer, utilizando modelos que são os enfermeiros”* (Carvalho, 2005, p. 370), salientando a importância dos CPC e respetivos atores.

Nos estudos consultados foram várias as **dificuldades ou barreiras referidas**, que segundo os autores interferiam no desenvolvimento de competências dos EE em EC.

Algumas das dificuldades dos EE residiram no medo e na insegurança, sobretudo quando se tratava da primeira experiência em EC (Ramos, 1995; Coelho, 2000). Carvalho (1996) verificou que os EE iniciavam cada EC com níveis altos de ansiedade. No estudo de Valadas (1995) verificou-se que 70% dos EE tinham ansiedade durante a prática clínica. Em vários estudos são apontados os principais fatores geradores de ansiedade e/ou stresse nos EE em EC: (i) lidar com o desconhecido (Valadas, 1995; Sarnadas, 2000) e a falta de conhecimento acerca do CPC (Ramos, 1995; Carvalho, 1996), sendo que no segundo estudo foi considerado o principal fator de ansiedade; (ii) aspetos relacionais, como a interação professor/EE (Valadas, 1995; Carvalho, 1996; Sarnadas, 2000), a relação com os enfermeiros dos CPC (Carvalho, 1996; Sarnadas, 2000) e a interação com os orientadores clínicos (Oliveira, 1998; Sarnadas, 2000; Barroso, 2009); (iii) a avaliação (Valadas, 1995; Carvalho, 1996; Oliveira, 1998; Sarnadas, 2000); (iv) receção/acolhimento no CPC (Valadas, 1995; Carvalho, 1996; Sarnadas, 2000); (v) o ambiente clínico, características e rotinas dos CPC (Valadas, 1995; Sarnadas, 2000; Barroso, 2009); (vi) a organização do tempo e do trabalho (Valadas, 1995; Oliveira, 1998; Sarnadas, 2000); (vii) o facto de ser o primeiro EC (Valadas, 1995; Sarnadas, 2000); (viii) a situação clínica dos doentes (Valadas, 1995; Sarnadas, 2000); (ix) o tipo de orientação em EC (Barroso, 2009); e (x) a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros dos serviços (Sarnadas, 2000).

Para além do medo, da insegurança, da ansiedade e do stresse, também foram apontados outros aspetos que poderiam constituir barreiras para o desenvolvimento de competências dos EE, alguns dos quais coincidiram com os fatores geradores de ansiedade e stresse tendo estes, portanto, uma dupla influência.

Também, foram referidos problemas no âmbito relacional com doentes, professores e enfermeiros (Coelho, 2000; Teixeira, 2000). Nos estudos de Ramos (1995), Teixeira (2000) e Fernandes (2004) é referida a dificuldade dos EE em estabelecerem diálogo com o doente. Fernandes (2004) aponta para o facto de os EE referirem dificuldades ao nível da interação com os doentes, na comunicação e na escuta ativa, sendo um aspeto que não era discutido nem com os enfermeiros orientadores nem com os professores durante o EC, considerando a autora ser este também um aspeto de clivagem entre a teoria e a prática.

A discrepância entre o aprendido na escola e a realidade encontrada na prática clínica, sendo que os resultados revelaram que os EE sentiam várias dificuldades a este nível pela “*mudança da situação ideal da escola, para a realidade do mundo do trabalho*” (Coelho, 2000, p. II), principalmente, no que respeitava ao trabalho em equipa e aos cuidados globais aos doentes (Coelho, 2000), assim como nos aspetos que diziam respeito à relação com o doente (Ramos, 1995).

Nas pesquisas realizadas por Oliveira (1995) e Neves (1995) sobre a articulação teoria/prática em EC ficou claro que, nas situações analisadas, a articulação só se fez de forma parcial, tendo-se revelado como fator negativo a dificuldade dos EE em refletirem na e sobre a ação em ambos os estudos. A este respeito as autoras referem o deficiente rácio professor/EE no EC como dificultador da articulação teórico/prática. No estudo de Neves (1995) a falta de comunicação/colaboração da escola com o CPC foi referida como barreira na articulação teórico-prática. Longarito (1999) constatou que as maiores dificuldades dos EE residiam mais ao nível do domínio técnico-científico, sobretudo no que respeitava à execução de técnicas e na interligação teoria prática, por vezes relacionada com a orientação dada pelos enfermeiros orientadores.

Fernandes (2004) refere-se à qualidade dos cuidados veiculada por aquilo que designa de *modelo praxiológico refletido* ou em uso que, na sua opinião, revelou-se contrária ao modelo teórico, referindo mesmo o modelo em uso como barreira à mudança. Nesta perspetiva, refere-se às expectativas goradas dos EE que acabaram por copiar os modelos em uso, no caso o respetivo enfermeiro orientador, tanto mais que seriam avaliados por ele. Ainda segundo a autora, a formação para a competência ficou aquém do desejável, apesar dos esforços visíveis de todos os intervenientes. A experiência no EC conduziu os EE ao confronto entre o que aprenderam na teoria e o que constataavam na prática, mas o modelo da prática emergente levou-os, segundo a autora, à modelagem de acordo com o verificado no contexto. Assim, foi notória a clivagem entre o que era veiculado na teoria, que apelava à autonomia e ao desenvolvimento da capacidade de decisão, e o que era veiculado na prática, em que o foco era colocado na técnica e nas rotinas, restando pouco tempo para aspetos como a comunicação e a relação de ajuda com o doente (Fernandes, 2004). A este respeito, refere-se aos saberes “*dicotomizados quer pelos próprios estudantes, quer pelos profissionais de enfermagem, distinguidos como o saber da escola e o saber da prática*” (Fernandes, 2004, p. 403) Nesta linha, refere-se aos serviços hospitalares como marcados pelas rotinas e com práticas caracterizadas por esquemas próprios e em

função das prescrições médicas. A partir daqui conclui que a formação dos EE do grupo em causa foi uma formação através da experiência, mas não exatamente de acordo com aquilo que é veiculado pelas “*teorias de aprendizagem pela experiência*”, na medida em que não promoveu de forma plena a reflexão, a autonomia, o desenvolvimento pessoal e profissional dos EE e a mudança.

Relativamente aos aspetos mais relacionados com os CPC, para além dos já referidos anteriormente, também foram focados outros, como a receção e o acolhimento por parte dos profissionais dos serviços. Santos (2009a), no decorrer do processo de análise e interpretação das narrativas reflexivas dos EE, constatou que as mesmas se centraram em assuntos como o ambiente de cuidados, verificando registos que apontavam “*comunicação agressiva*” ou em “*tom de voz alterado*” (Santos, 2009a, p. 170) em relação aos EE por parte dos enfermeiros ou de outros profissionais do CPC (aquilo a que a autora designa de “*ambiente hostil*”). No estudo de Ramos (1995) também se faz alusão à pouca estimulação dos EE por parte da equipa de enfermeiros do CPC. Nos estudos de Galvão (1995), de Coelho (2000) e de Santos (2009a) é mencionada a inadequação dos CPC, por falta de recursos materiais e/ou de oportunidades de aprendizagem.

Nos estudos consultados foram também apontados vários aspetos que constituíram fatores **facilitadores** no desenvolvimento de competências dos EE em EC, que passamos a enunciar.

As características e atitudes dos próprios EE, como o entusiasmo e a curiosidade, assim como as capacidades pessoais desenvolvidas como a congruência e a honestidade, foram consideradas promotoras do desenvolvimento de competências no estudo de Teixeira (1998).

Também, as estratégias adotadas pelos EE para enfrentarem os problemas encontrados, como o recurso à observação não só dos colegas e professores, mas sobretudo, dos enfermeiros, que eram vistos pelos EE como modelos, foram determinantes (Longarito, 1999; Coelho, 2000).

A atitude da equipa do CPC e dos enfermeiros orientadores no sentido da promoção do processo de aprendizagem dos EE, sendo que para os EE foi facilitador o facto de o enfermeiro orientador salientar os aspetos positivos e negativos do seu desempenho e a demonstração de disponibilidade para os ajudar (Ramos, 1995). No estudo de Carvalho (1996) os EE também referiram esperarem reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, esperando dos enfermeiros orientadores um bom acolhimento,

reforçando a ideia de que é necessário que estes possuam uma boa preparação para a orientação em EC.

Os aspetos relacionais também foram referidos em vários estudos, como o de Teixeira (2000), no qual os EE se referiram à relação com os pares, com o professor e com os doentes, considerando que facilitou a sua aprendizagem o facto de o professor ter "atitudes cuidativas" em relação aos estudantes. Também no estudo Carvalho (1996) os EE atribuíam grande importância ao relacionamento com colegas, professores e com os enfermeiros dos CPC. Na mesma perspetiva, os resultados do estudo de Frade (1999) demonstraram que o desenvolvimento de competências relacionais, sobretudo, a verificação de níveis mais elevados de atitudes relacionais positivas nos EE, estavam mais relacionados com uma orientação baseada no elemento vivenciado e não tanto com a formação sobre técnicas de comunicação.

Longarito (2002) refere-se a estratégias de orientação, tendo verificado que a orientação dos professores favorecia mais o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva, do planeamento de cuidados, da educação para a saúde e da entrevista inicial, enquanto em relação aos enfermeiros, se constatou que a sua orientação foi mais promotora da capacidade de integração no serviço e da destreza técnica, assim como da resolução de problemas. Os resultados do estudo de Neto (2006) evidenciaram a expressão de competências por parte dos EE do domínio da prática profissional, ética, legal e da prestação e gestão de cuidados, com especial relevo para a competência relacional. A autora considerou que fatores como os recursos do CPC, as características do grupo de EE, assim como a orientação dada, quer pelo professor, quer pelo enfermeiro orientador, poderão ter sido determinantes para a expressão das competências em causa.

A promoção do pensamento reflexivo nos EE foi considerada muito positiva por vários autores. No estudo de Teixeira (1998) os EE atribuíram grande importância sempre que o docente e/ou o enfermeiro se dispuseram a refletir com eles sobre o planeamento de cuidados realizado, sobre a comunicação com os doentes, especialmente, a análise da mensagem transmitida e captada. Segundo o autor, para o desenvolvimento da capacidade reflexiva ao longo do curso, foi determinante as experiências nas práticas clínicas, a existência de situações novas, o estudo dos temas recomendados e o acompanhamento próximo do docente. Neto (2004) constatou que os diários de aprendizagem constituíram uma forma privilegiada para a promoção da reflexão considerando, tal como Oliveira (1995) que o professor tem um papel de

grande relevância a este nível, assim como na articulação da teoria com a prática. Também outros autores se referem aos momentos de discussão com os EE. Frade (1999) menciona o facto de estarem previstos momentos fora do EC, onde havia espaço para que os EE pudessem refletir sobre os aspetos relacionais vividos e pudessem ser ajudados a reconhecer a sua capacidade de ajuda, como importante para o desenvolvimento da sua competência relacional. Também os resultados do estudo de Simões (2005) revelaram que a discussão diária com os EE de aspetos éticos de casos experienciados durante o EC, conduziu a *“um desenvolvimento para melhor valorização e consequente melhor desempenho na dimensão humana da relação clínica com a pessoa doente”* (Simões, 2005, p. 90), considerando o autor que a utilização de metodologias reflexivas em EC potenciavam a humanização dos cuidados de saúde.

Os resultados do estudo de Santos (2009a) relevam a importância para a construção do conhecimento, da promoção da reflexão nos EE, a partir dos próprios CPC e a existência nos mesmos de experiências significativas. Na relação entre a experiência e a forma de construção da aprendizagem são vários os fatores considerados de *“mediação”*, entre os quais, os profissionais dos locais de EC, assim como, o questionamento, a discussão o apoio e o encorajamento promovido no respetivo contexto. Segundo a autora o processo de construção das reflexões pareceu ter sido muito influenciado pelas interações estabelecidas pelos EE com os restantes intervenientes, como os enfermeiros orientadores e os outros enfermeiros do CPC, reforçando a ideia veiculada de que o cuidar é aprendido pela interação entre o conhecimento do EE, o contexto da prática e a experiência vivida, sendo a reflexão um fator potenciador, considerando fundamental associar as atividades pedagógicas planeadas às situações de trabalho.

Alguns dos estudos centraram-se mais nos aspetos relacionados com a **avaliação das competências em EC**, não só na verificação do nível de satisfação dos EE com a mesma, mas também na relação com a aprendizagem, o modelo de avaliação, os CPC e a orientação.

Galvão (1995) verificou que a satisfação relativamente à avaliação decrescia em função do ano do CLE em que o EE se encontrava, sendo que a satisfação era menor no último EC do curso. Oliveira (2000) constatou correlações positivas entre a satisfação na avaliação e a satisfação na relação do EE com o professor, os seus pares e o meio ambiente. Os EE manifestaram também satisfação em relação ao CPC, verificando-se uma correlação positiva entre a satisfação na avaliação e as condições do local de EC.

No estudo de Leal (1995) os EE mostraram-se globalmente satisfeitos com a avaliação realizada pelo professor, no entanto, referiram que nem sempre os critérios de avaliação eram uniformes nem determinados de acordo com o CPC, assim como, nem sempre os EE eram tidos em conta no processo avaliativo.

Carvalho (2005) constatou que a escola, os professores e os EE defendiam um modelo de enfermeiro capaz de refletir sobre a sua prática, de se adaptar às mudanças da sociedade e de ser um agente de mudança. Embora o autor considere que toda a comunidade escolar tenha dado valor à reflexão, verificou-se alguma incoerência, no sentido de que considerou a existência de uma maior valorização do rendimento do EE do que da sua aprendizagem. Neste sentido, também se observou discrepância entre o que é defendido por todos os intervenientes no que à avaliação de EC diz respeito e o verificado na realidade, não estando de acordo com o perfil de enfermeiro veiculado por todos. Também, nem sempre se verificou concordância entre os EE e os professores, sendo que estes consideram que os EE aprendem todos os conteúdos, mas que a duração do EC é insuficiente, enquanto os primeiros consideram que a duração do EC é suficiente, mas que aprendem, maioritariamente, conteúdos relacionados com os procedimentos. Os resultados deste estudo permitiram verificar que a avaliação em EC no contexto estudado encontrava-se desfasada da realidade constatada em termos de aprendizagem dos EE, sendo que todo o processo estava mais orientado para a procura do erro e da classificação final.

No seguimento dos aspetos focados, constatamos, em vários estudos, que os autores teceram considerações e fizeram **propostas de melhoria** das condições para o desenvolvimento de competências dos EE

Para reduzir a ansiedade são apontadas por Carvalho (1996) algumas medidas, das quais destacamos a realização de visitas aos CPC antes de o EC começar, assim como, a existência de um filme sobre o primeiro dia no local da prática clínica e o contacto prévio com alguns dos profissionais dos serviços.

Nalguns estudos foi sugerida a implementação de estratégias de promoção da reflexão e de coresponsabilização do EE na sua aprendizagem, como os diários de aprendizagem (Oliveira, 1995) e os contratos de aprendizagem (Neves, 1995).

Galvão (1995) faz várias sugestões entre as quais o estabelecimento de protocolos entre a escola e os CPC, de forma a garantir uma maior possibilidade para a consecução dos objetivos traçados para o EC, assim como a necessidade dos

profissionais dos CPC serem mais esclarecidos para que a sua colaboração na avaliação dos EE possa ser mais válida.

Longarito (1999) considera fundamental para a aprendizagem em EC que se verifique uma verdadeira orientação em parceria entre professores e enfermeiros dos CPC, na tomada de consciência, sobretudo dos enfermeiros, da importância da sua atuação para os EE e das respetivas implicações, não só em termos da orientação, mas também ao nível da prestação de cuidados, de forma a constituírem-se “*bons modelos*” (Longarito, 1999: 137). Neste sentido, a autora considera que seria importante desenvolver estratégias de aproximação/comunicação e de desenvolvimento de parcerias entre as escolas e os CPC, relevando a importância de enfermeiros e professores clarificarem os conceitos que sustentam as suas práticas formativas e de prestação de cuidados (Longarito, 2002).

Coelho (2000) sugere o envolvimento de todos os intervenientes (professores, enfermeiros e EE) em trabalhos conjuntos de reflexão sobre a articulação teoria/prática, no planeamento do EC e em projetos de investigação, assim como, também alerta para uma maior consciencialização dos professores e enfermeiros do seu papel como modelos para os EE. Também Carvalho (2005) sugere o aumento da participação dos enfermeiros dos CPC na orientação dos EE, com direito a compensação económica, independentemente, da colaboração ser feita ou não em tempo de serviço; também a necessidade de articulação entre professores e enfermeiros, “*com base nos superiores interesses de aprendizagem dos alunos e da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade a todos os utentes*” (Carvalho, 2005, p. 388).

Santos (2009a) releva a necessidade de mudança de paradigma nos CPC, no sentido de serem promotores do desenvolvimento de consciência crítica e da identidade profissional, e a necessidade de teorização e reflexão das ações da prática profissional por parte dos EE, para a aquisição de competências, sobretudo, para o desenvolvimento de capacidade para lidar com situações complexas e imprevistas que ocorrem no contexto real da prática clínica.

No estudo de Barroso (2009), segundo a perspetiva dos EE, deveria ser criado um ambiente pedagógico favorável, em que se promovesse a sua integração e participação na equipa de enfermagem e em que a atuação dos enfermeiros orientadores fosse facilitadora e promotora da aprendizagem, criando-se espaços de reflexão e partilha que promovessem também o crescimento pessoal. Neste estudo os EE identificaram a necessidade de existir formação adequada para os enfermeiros

orientadores e de revisão do número de EE em cada local, de forma que os enfermeiros tenham a possibilidade de desempenharem os seus papéis de pessoas, enfermeiros e de orientadores clínicos. Também foi referida a escolha de CPC adequados ao EC, tendo em conta o estágio de aprendizagem dos EE, promovendo o envolvimento das instituições, escola e CPC, de forma que se proceda ao planeamento e desenvolvimento de estratégias para cada um dos EC em particular, *“permitindo dar continuidade ao processo ensino-aprendizagem em articulação direta com os contextos de trabalho”* (Barroso, 2009, p. 225).

Discussão dos Resultados

Segundo Canário (1997), o contacto com as situações de trabalho permite a compreensão do todo e da complexidade de cada situação. Abreu (2001) menciona a importância da formação em contexto de trabalho, caracterizada *“pela integração dos espaços de trabalho e por uma lógica interativa de construção e de mobilização de saberes com a implicação do indivíduo no seu todo”* (Abreu, 2001, p.60). O contacto com as situações reais da prática é considerado um fator importante no âmbito geral da formação dos profissionais de saúde (Pearson e Lucas, 2011). Nesta perspetiva, a importância do EC é apontada por vários autores.

Benner (2001) abordando a relação da teoria com a prática, realça a importância da primeira no sentido de que permite a explicitação de vários assuntos, contudo, nunca conseguirá traduzir a diversidade e complexidade das realidades que a prática normalmente oferece. Apesar disso, a autora reforça a importância da existência de conhecimentos teóricos sólidos para um desempenho adequado nos CPC e, também, alerta que a aquisição de competências através da experiência só será efetiva, se tiver como base uma boa planificação sob o ponto de vista pedagógico. A autora refere-se também à aprendizagem experiencial e à aprendizagem situacional no contexto do EC, na medida em que os EE, numa variedade de contextos assistenciais, *“aprendem a partir de situações particulares de doentes específicos”* (Benner et al., 2010, p. 41), considerando que só a aprendizagem experiencial possibilitará a aquisição de competências requeridas para o exercício pleno da profissão.

Silva e Silva (2004) referem-se ao EC como promotor da socialização e do desenvolvimento de várias competências interpessoais e de decisão perante situações novas, assim como da capacidade de trabalhar em equipa. Macedo (2010) refere-se ao EC no âmbito do ensino em alternância, apontando vantagens como o desenvolvimento da autonomia dos EE, a promoção da sua integração no contexto de trabalho e o

confronto com a realidade dos CPC. Segundo a Health Workforce Australia (HWA) (2011) os EC têm o objetivo de promoveram a integração teórico-prática, de familiarizar o EE com o CPC e providenciar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais à prática profissional. Também para d’Espiney (1997) e Martins et al., (2009), o período de EC contribui para que os EE formem a sua identidade profissional para além de contactarem com situações reais que favorecem a integração teórico-prática e a aquisição de competências a vários níveis, sendo que os saberes também se constroem a partir da prática. Maginnis e Croxon (2007) consideraram que o EC implica a aquisição de conhecimentos, competências de enfermagem e estratégias de resolução de problemas, assim como, a incorporação da cultura de enfermagem. Serra (2005) e Gonçalves et Campos (2005) referem-se ao facto de o EC não ser apenas um momento de aplicação de saberes adquiridos previamente, mas também de aprendizagem de novos saberes oriundos da prática. Apesar de considerar a existência de constrangimentos da aprendizagem em EC, Macedo (2010) refere-se ao facto de o EC ser visto pelos EE como uma forma de articular a teoria com a prática e de confirmar a preferência pela escolha do CLE.

No que respeita ao desenvolvimento global de competências e à aprendizagem em EC, verificamos alguma convergência dos resultados com as opiniões e achados de outros autores.

A World Health Organization (WHO) (2001a) faz uma abordagem holística do conceito de competência no âmbito da educação em enfermagem, no sentido de que deve combinar conhecimentos, habilidades e atitudes que levem os EE a desempenharem, futuramente, as suas funções como enfermeiros. Neste contexto, considera que os EE devem ser orientados a identificarem as necessidades da sociedade relativamente à sua função específica de enfermeiros, ou seja, devem ser preparados não só para satisfazerem as necessidades atuais, mas também as futuras, num processo de desenvolvimento contínuo de competências. Nesta perspetiva, a WHO (2001a) refere-se ao desenvolvimento de competências no contexto da educação em prática clínica, no sentido do uso das competências cognitivas (conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação), mas acima de tudo, do desenvolvimento em forma crescente de complexidade, de competências de nível técnico e psicomotor, tendo em conta os princípios éticos e morais que conduzam a atitudes consideradas necessárias para a prestação adequada de cuidados de enfermagem.

Dias (2005) refere que o ensino para a competência deve ter em conta três aspetos essenciais, como a definição clara dos objetivos educacionais, a responsabilização de professores e estudantes no ensino, na aprendizagem e na avaliação e, ainda, a necessidade de atender às características individuais e aos ritmos de aprendizagem de cada um dos estudantes, lembrando que a formação tem como objetivo principal a construção e o desenvolvimento de competências profissionais que preparem os formandos para o exercício da profissão. Na sua perspetiva os modelos de formação para a competência devem ajudar cada pessoa a desenvolver de forma articulada a capacidade para tomar decisões, para aprender a aprender, assim como a refletir sobre a sua prática, considerando a competência como *“a capacidade para concretizar eficazmente o saber e o saber-fazer na realização de uma tarefa”* (Dias, 2005 p. 35). No âmbito da enfermagem considera que as competências se referem a características individuais, conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro prestar cuidados de enfermagem a vários níveis à pessoa, família ou comunidade.

A autora refere-se também ao facto de o desenvolvimento de competências acontecer não só através da formação em contexto escolar, mas também através da formação informal, das experiências de vida e também através dos contextos profissionais. Para além disso, foca a importância de o paradigma educacional relevar o desenvolvimento global dos formandos, com ênfase nas competências que levam à capacidade de pensar e de agir em situações complexas. No estudo que realizou, a autora chega a um perfil de competências que o enfermeiro com o grau de licenciado deve possuir, apresentadas nos domínios de saberes, das quais salientamos: o saber, onde inclui as competências científicas do domínio da profissão; saber-fazer, que engloba competências técnicas que caracterizam a profissão; e o saber ser em contexto de trabalho, onde inclui as competências socioafetivas, as relacionais, de comunicação e ético-morais (Dias, 2005, p. 372). Destacamos ainda no âmbito dos conteúdos destas competências, no que respeita às socioafetivas, as capacidades de autorrealização, interesse, motivação e satisfação pessoal, e nas relacionais, as capacidades de escuta, para estabelecer um clima de confiança com a pessoa e considerar as suas características pessoais. Ainda, nas de comunicação, a inclusão das capacidades para utilizar a comunicação terapêutica e técnicas de comunicação na relação com a pessoa.

Mendonça (2009) também se refere à necessidade de se enfatizar o desenvolvimento das competências emocionais e de as escolas chamarem a atenção dos

EE para a importância da aquisição e desenvolvimento de competências como requisito indispensável à autonomia e à responsabilização, assim como, fundamental para lidarem com a complexidade crescente e as exigências de qualificação profissional verificadas nas organizações de saúde.

Ainda no âmbito da aquisição de competências, Carvalhal (2002) refere-se à importância dos EE serem elementos ativos em todo o processo de aprendizagem e, sobretudo, em contexto de EC, no sentido que devem ser eles próprios a procurar a informação, a tomar iniciativas e a desenvolver a autonomia, sendo que para isso deve existir motivação. Considerando que os EE não estão nos CPC para substituir os enfermeiros, a autora refere que estão lá para desenvolverem competências entre as quais a capacidade de tomarem decisões por si próprios e a "atitude cuidativa", tendo por base conhecimentos adquiridos previamente, os quais não bastam, pois a aprendizagem tem de ir mais além, uma vez que o contacto com as situações reais, muitas vezes de grande sofrimento, exige dos EE maturidade e equilíbrio a nível emocional. Também no estudo de Macedo (2010) os EE referiram que através do EC aprendiam a relacionar-se com os doentes e a lidar com o seu sofrimento, o que lhes permitia confrontarem-se com sentimentos negativos como a frustração e a angústia. Abreu (2007) aponta a influência das aprendizagens anteriores ao EC nas aprendizagens em CPC, não só as sessões letivas teóricas e teórico-práticas, mas sobretudo as aulas práticas laboratoriais, as quais, se forem adequadamente realizadas, poderão ser determinantes no desempenho do EE em EC. Também Benner et al. (2010) se referem à importância de determinadas competências, como a reflexão sobre casos e a análise das prioridades, serem trabalhadas em sala de aula antes do EE realizar o EC.

De uma forma global, verificamos que o desenvolvimento de competências dos EE em EC está ligado a fatores que se prendem com o EE, com o processo de orientação e de avaliação dos EE e com os contextos onde os EC decorrem.

Nos fatores relacionados com o EE surgem os conhecimentos, a maturidade, a motivação, a capacidade para dar resposta a situações novas e de maior complexidade e a capacidade de interação com o contexto e com os vários intervenientes, como o doente, o professor, os enfermeiros, os enfermeiros orientadores e os pares. A este propósito, no estudo de Santos (2009b) é realçada a importância da educação realizada pelos pares como alavanca para o desenvolvimento pessoal e profissional dos EE. No modelo de avaliação de competências, salienta-se a importância de um modelo congruente com o modelo de enfermeiro que a escola defende, com critérios claros e

objetivos, que sejam do conhecimento do EE, dos professores e dos enfermeiros orientadores e direcionado para a aprendizagem do EE.

Quanto ao processo de orientação, serão fundamentais as estratégias pedagógicas utilizadas pelos professores e enfermeiros orientadores, sobretudo, a promoção da reflexão acerca das experiências vividas e a experimentação, a observação das práticas e o apoio e encorajamento dos EE, o que está de acordo com outros autores (Pires et al., 2004; Benner et al., 2010). McBrien (2006) refere-se a estratégias pedagógicas como o estabelecimento de contratos de aprendizagem e a promoção da prática reflexiva, encarando esta última como uma forma de promover a articulação entre a teoria e a prática, e de desenvolver o conhecimento que emerge a partir dessa mesma prática, sendo por isso também uma estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados. Também Martins et al. (2009) fazem referência à reflexão sobre as situações da prática, à análise de casos e aos portfólios reflexivos. A WHO (2001a) salienta a importância dos currículos dos cursos de enfermagem terem em conta a preparação dos EE para a aprendizagem ao longo da vida, assim como, a capacidade de assistência em contextos culturais diversos. Por outro lado, tal como Benner et al. (2010), também enfatiza a necessidade de promover nos EE o questionamento a partir da prática, considerando a reflexão como um elemento essencial na aprendizagem.

Para além da promoção da reflexão, Benner et al. (2010, p. 48) referem-se à necessidade dos professores e enfermeiros orientadores ajudarem os EE a transferirem as competências adquiridas no ambiente estático da escola para o ambiente dinâmico do CPC. Neste sentido, referem-se à *“pedagogia da contextualização”*, no sentido de ajudar os EE a terem em conta a circunstância particular do doente, o seu contexto social, cultural e familiar e a sua experiência em relação à doença, ou seja, uma abordagem holística e contextualizada do doente. Também, consideram importante a promoção do juízo clínico, através do questionamento e análise com o EE acerca das prioridades a estabelecer no cuidado aos doentes. Benner et al. (2010) reforçam a importância deste exercício ser iniciado em sala de aula. Por outro lado, consideram importante a estimulação nos EE da razão para a ação, a pensarem antes de agirem, assim como, ajudá-los na tomada de decisões (*“reason-in-transition”*), ajudando-o a reconhecer mudanças subtis no estado do doente, considerando que isso aumentaria a segurança do EE e do doente (Benner et al., 2010, p. 58).

No que respeita aos CPC, os fatores estão relacionados com a parceria interinstitucional e com as condições dos locais em termos de recursos materiais e

recursos humanos, não só em quantidade e qualidade, assim como, a capacidade de proporcionarem oportunidades de aprendizagem e experiências significativas, e o acolhimento necessário aos EE. É relevada a importância do desempenho dos enfermeiros dos CPC como modelos para os EE o que também é constatado noutros estudos (Dixe, 2007; Macedo, 2010; Cunha et al., 2010). Mendonça (2009) considera que os enfermeiros dos CPC, mais do que os enfermeiros orientadores, serão as referências em termos profissionais ou os modelos para os EE - *“o aluno, durante as práticas clínicas, observa os anónimos que lhe servirão de imagem”*, considerando estes enfermeiros como tendo um papel primordial no processo formativo (Mendonça, 2009, p. 63).

Saarikoski et al (2005) e Maginnis e Croxon (2007) concluíram que o ambiente do CPC pode ser determinante na criação de condições favoráveis à aprendizagem dos EE em EC. McBrien (2006) e Maginnis e Croxon (2007) referem-se à necessidade de identificar medidas que promovam nos CPC um verdadeiro ambiente favorável à formação, referindo a importância do CPC no sentido de que o mesmo permite aos EE realizarem a integração teórico-prática, considerando que a qualidade do CPC tem um papel muito importante como fator influenciador do processo de aprendizagem. Apesar dessa importância, McBrien (2006) considera que os CPC estão sempre em mudança, tendo sempre algum grau de imprevisibilidade, o que condiciona e pode prejudicar a criação de um ambiente ótimo para a aprendizagem em EC.

A perspetiva anterior está de acordo com o referido por d’Espiney (1997) quando aponta os constrangimentos do ensino em contexto real de prática clínica, com o contacto real com as situações de sofrimento e de vulnerabilidade dos doentes, assim como com a grande possibilidade de ocorrência de erro, o que coloca os enfermeiros, os professores e, sobretudo, os EE sob grande tensão, condicionando uma maior concentração nos erros dos EE e nos procedimentos, dificultando, de certa forma, o exercício da autonomia e da iniciativa por parte dos EE. Também Benner et al. (2010) se referem à grande possibilidade de ocorrência de erro e aos perigos para a segurança dos doentes, associados à educação em contexto real de prática clínica, colocando EE, professores e enfermeiros sob grande tensão. Neste sentido, a autora considera importante a colocação dos EE em situações de complexidade crescente, partindo de situações mais previsíveis para outras de maior imprevisibilidade, de forma que os EE possam desenvolver uma prática responsável e a capacidade para reconhecerem rapidamente a natureza de todo o tipo de situações, desde as menos exigentes às mais

exigentes, considerando que, qualquer que seja o caso, a segurança do doente deve estar em primeiro lugar.

Da mesma forma, Macedo (2010) refere-se à complexidade e imprevisibilidade dos CPC, em contraste com a aprendizagem em sala de aula, assim como ao facto de no EC se cruzarem várias lógicas: dos doentes, dos EE, dos enfermeiros, dos professores, da escola e dos CPC, nem sempre convergentes entre si, alertando para a necessidade de se atender à complexidade do contexto. A HWA (2011) refere-se ao facto de, em qualquer EC, o princípio que deve estar sempre subjacente, será o de garantir a segurança e a elevada qualidade dos cuidados aos doentes.

Relativamente aos fatores dificultadores do desenvolvimento de competências surgem o medo, o lidar com o desconhecido, os sentimentos de insegurança, os níveis de ansiedade por parte dos EE, o que vem de encontro ao referido por Baptista (1996) e por Martins et al. (2009), no sentido de que o medo e ansiedade dos EE, por se sentirem permanentemente observados e avaliados, podem prejudicar a sua aprendizagem.

A discrepância teoria/prática, entre o aprendido na escola e o praticado no CPC e a falta de comunicação escola/CPC, vem de encontro ao referido por outros autores noutros estudos (Van Velze, 1991; Amaral, 1995; Moura, 1999; Carvalhal, 2002; Mestrinho, 2002; Andrade, 2005; Dixe, 2007; Borges, 2010; Macedo, 2010).

As características inadequadas dos CPC e a falta de acolhimento da equipa, assim como, a falta de preparação dos enfermeiros para a orientação, também são apontadas como fatores negativos noutros estudos (Amador, 1991; Baptista, 1996; Moura, 1999; Andrade, 2005; Maginnis e Croxon, 2007; Macedo, 2009; Benner et al., 2010; Borges, 2010),. Serra (2005) refere-se ao “*ritmo alucinante*” dos serviços que constitui uma barreira à aprendizagem reflexiva e condiciona a “*imitação do profissional experiente como a única forma de aprender*” (Serra, 2005 p. 13). Também Macedo (2010) refere que, apesar de os CPC se constituírem como espaços de formação, podem ser uma barreira à aprendizagem devido ao tipo de organização que apresentam, assim como à forma como se trabalha.

Quanto aos fatores facilitadores, para além das características individuais dos EE e a respetiva capacidade para implementarem estratégias de resolução dos problemas encontrados, surgem o acolhimento dos CPC e atitude dos respetivos profissionais no sentido da promoção da aprendizagem, assim como as estratégias pedagógicas adotadas, tanto pelo professor, como pelo enfermeiro orientador, no sentido do desenvolvimento do espírito crítico reflexivo dos EE, o que está de acordo com outros estudos (Martins et

al., 2009; d’Espiney, 1997). A este respeito também no estudo de Martins (2009) os EE fazem alusão a aspetos relacionados com os CPC, como a equipa de enfermagem, valorizando também os aspetos relacionais, o saber trabalhar em equipa, a qualidade do desempenho dos enfermeiros, a receptividade à supervisão e experiência na área de trabalho em causa.

As propostas enunciadas nos estudos analisados vão de encontro às sugestões de outros autores, nomeadamente: (i) no estabelecimento de protocolos de colaboração entre a escola e os CPC (Brun, 1995; Andrade, 2005; Borges, 2010); (ii) na melhoria da comunicação/colaboração entre professores e enfermeiros (Amador, 1991; Catarino, 1994; Andrade, 2005; Borges, 2010); (iii) na criação de espaços de reflexão conjunta acerca das práticas (Carvalho, 2002; Mestrinho, 2002; Andrade, 2005; Borges, 2010); (iv) na orientação em parceria e presença mais assídua do professor no CPC (Benner et al., 2010; Macedo, 2010); (v) na preparação adequada dos enfermeiros orientadores (Amador, 1991; Catarino, 1994; Carvalho, 2002; Mestrinho, 2002; Arco, 2003; Macedo, 2009; Borges 2010); e (vi) na escolha adequada dos CPC e preparação adequada dos mesmos em termos da criação de ambiente pedagógico favorável (Benner et al., 2010). Para além deste aspeto, Benner et al. (2010) consideram que, apesar de os enfermeiros dos CPC serem elementos essenciais na educação dos EE em EC, os orientadores clínicos provenientes da escola proporcionam uma educação mais efetiva e de acordo com os objetivos traçados.

2.3 Processos de Supervisão em Ensino Clínico

A HWA (2011) refere a supervisão em EC como uma forma de vigilância direta ou indireta realizada por um orientador clínico, de procedimentos e/ou outras atividades realizadas por um estudante ou grupo de estudantes no contexto da prática clínica, com o objetivo de orientar, dando *feedback* e assistindo o desenvolvimento pessoal e profissional de cada estudante, num contexto de uma assistência aos doentes em segurança e de elevada qualidade (HWA, 2011, p.4).

Dentro dos processos de supervisão consideramos que seria importante realizar uma breve abordagem acerca dos modelos existentes antes de nos focarmos na revisão sistemática realizada

A Canadian Association of Schools of Nursing (CASN) identificou cinco modelos mais frequentemente utilizados na educação em EC, sobretudo na Austrália e

na América do Norte: supervisão direta realizada por professor da escola de enfermagem, supervisão realizada por *preceptor/mentor* do CPC, supervisão realizada por enfermeiros do CPC (“*Clinical Teaching Associate Model*”), unidade dedicada à educação (“*Dedicated Education Unit - [DEU]*”) e unidade de colaboração na aprendizagem (“*Collaborative Learning Unit – [CLU]*”) (CASN, 2004, p.4).

A HWA (2010) identificou três tipos de modelos de educação em EC: supervisão com facilitador (“*Facilitation Supervision Model*”), combinação de supervisão com facilitador e *preceptor/mentor*, e unidade dedicada à educação.

No que respeita ao modelo de supervisão direta realizada por professor, este consiste na supervisão realizada por um docente da instituição de ensino que tem a seu cargo um grupo de 8 a 10 EE numa área clínica onde é considerado perito. Neste modelo o professor é responsável pelo processo de ensino/aprendizagem dos EE, pelos cuidados aos doentes distribuídos aos mesmos, sendo que o seu papel se desenrola também como facilitador e modelo, assim como avaliador. As dificuldades relacionam-se com o pouco tempo disponível do professor para estar com os EE, devido às exigências relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes, assim como com a sua dificuldade em estar permanentemente atualizado sob o ponto de vista prático, sendo difícil manter o nível de perícia exigido. No sentido de resolver as dificuldades referidas neste modelo, por vezes utiliza-se a estratégia de recorrer a enfermeiros peritos que, sob a alçada conjunta da escola e da instituição de saúde, colaboram na supervisão dos EE em EC (CASN, 2004). Em Portugal, este era o modelo adotado pelas escolas de enfermagem até à integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico em 1988.

O modelo de supervisão com *preceptor/mentor* consiste na supervisão realizada por um enfermeiro experiente que tem a seu cargo apenas 1 EE. Embora possa ser utilizado com EE em vários estádios de aprendizagem, é mais frequente com EE que se encontram no final do CLE, com o objetivo de facilitar a sua transição da situação de estudantes para a de profissionais de enfermagem. O *preceptor/mentor* deverá reunir as competências necessárias para orientar EE em EC, sendo que para as instituições de ensino este modelo apresenta benefícios sob o ponto de vista dos custos financeiros (CASN, 2004; Saarikoski et al., 2005). McBrien (2006) refere que o *preceptor/mentor* é um elemento chave na promoção do ensino aprendizagem em EC, assim como, na transformação dos CPC em locais favoráveis à aquisição de competências por parte dos EE. O estudo de Saarikoski et al. (2005) concluiu que o modelo de *preceptor/mentor*

contribuía em larga medida para o desenvolvimento profissional dos EE, embora, como veremos mais adiante, estudos comparativos com outros modelos contradigam em parte estas perspetivas. Também na realidade portuguesa este é um modelo usado com frequência na orientação de EE no último ano do CLE.

No modelo de supervisão realizada por enfermeiros do CPC (*“Clinical Teaching Associate Model”*), como o próprio nome indica, refere-se às situações em que a supervisão de 3 a 4 EE é realizada por enfermeiro que pertence à instituição de saúde onde decorre o EC. A cada EE é atribuído 1 a 2 doentes, sendo que os cuidados relativos ao total de doentes atribuídos aos EE em causa ficam sob a responsabilidade do enfermeiro orientador. O papel da instituição de ensino funciona como ponte na articulação interinstitucional e orientação dos enfermeiros envolvidos na supervisão, assim como, no envolvimento direto no processo de aprendizagem e na avaliação final dos EE. Este tipo de modelo também pressupõe a existência de parcerias interinstitucionais que incluem atividades no âmbito da investigação. Nalguns contextos este modelo foi adaptado, tendo cada enfermeiro apenas 1 EE a seu cargo, o que exigiu maior número de enfermeiros orientadores e maior participação da instituição de ensino através de visitas mais frequentes dos professores aos CPC e mais ações de formação para os enfermeiros. Nestes casos o modelo aproximou-se do de *precetor/mentor*, apenas com a diferença de que neste o objetivo reside mais na socialização do EE no final do curso e na facilitação do seu processo de transição, não se verificando tanto envolvimento dos professores na orientação dos EE, como o verificado no *“teaching associate”*. De uma forma global a CASN (2004) considerou que este modelo favorecia a relação teoria/prática e a articulação interinstitucional.

A partir deste modelo verificaram-se outras adaptações, cujas principais diferenças residiram no maior ou menor grau de envolvimento e responsabilidade das escolas e dos enfermeiros das instituições de saúde. Nesta perspetiva, e segundo a HWA (2010), no modelo de supervisão com “facilitador” (*“Facilitation Supervision Model”*) verifica-se que um enfermeiro da instituição de saúde supervisiona um grupo de 6 a 8 EE que podem estar distribuídos por vários serviços. Este enfermeiro (*“facilitator”*), tanto pode ser pago pela instituição de ensino como pela instituição de saúde, sendo que neste caso a primeira instituição mencionada reembolsa a segunda. A mesma organização também se refere a um modelo que combina o modelo de supervisão com *facilitador* e o de *precetor/mentor*, sendo que cada estudante tem o seu *precetor/mentor* existindo, ao mesmo tempo, a figura do *facilitador*, que é responsável pela supervisão

global dos EE, assim como pela sua avaliação. Walker et al. (2012), quando realizaram um estudo comparativo entre este modelo e o de *precetor/mentor*, através dos questionários lançados aos EE, concluíram que o modelo com *facilitador* promovia mais o pensamento crítico e a capacidade de resolução de problemas dos EE, considerando-o por isso uma melhor abordagem na supervisão em EC, embora tivessem considerado que ambos os modelos contribuíam para o desenvolvimento da identidade profissional dos EE.

Bourgeois et al. (2011) fazem referência a um modelo de supervisão em grupo “*cluster model*”, em que um grupo de 8 EE são alocados a um determinado serviço, sendo supervisionados por um enfermeiro experiente pertencente a esse mesmo serviço, mas que é pago pela escola. A implementação do modelo, no contexto do estudo dos autores anteriormente referidos, obedeceu a várias etapas, desde a definição do conceito do modelo em causa, passando por um acordo ou protocolo estabelecido entre a instituição de ensino e a instituição de saúde. Neste acordo ficou decidido que os enfermeiros que orientassem EE seriam enfermeiros experientes e seriam apoiados na sua função de supervisão em EC, assim como seriam substituídos por outros enfermeiros nas suas funções no serviço, enquanto estivessem a orientar EE durante o período de duração do EC, para evitar a redução de pessoal no serviço e não comprometer a prestação de cuidados aos doentes. Cada serviço deveria ter 2 a 3 enfermeiros orientadores, sendo que cada um apenas deveria orientar os EE durante algumas semanas, devendo fazer um intervalo durante um período no qual outro colega designado realizaria a orientação dos EE, com o objetivo de evitar situações de *burn out*.

A seleção dos enfermeiros partiu em primeiro lugar do interesse dos mesmos em participar na orientação dos EE, sendo que o processo de seleção foi partilhado pelas duas instituições envolvidas e consistiu em entrevistas, tendo por critérios o interesse em orientar EE em EC, a experiência profissional, a qualificação, assim como, a verificação da existência, nos enfermeiros em causa, das características desejadas para a orientação de EE em EC. Seguidamente, os enfermeiros selecionados foram convidados a participar em *workshops* promovidos pela universidade e destinados à formação de orientadores clínicos.

De acordo com Bourgeois et al. (2011), as avaliações realizadas pelos EE acerca do modelo revelaram vantagens a vários níveis, tais como: (ii) o sentimento de pertença dos EE relativamente ao serviço e à equipa; (ii) suporte ao nível da prática, uma vez que

sentiram interesse e envolvimento de toda a equipa na sua aprendizagem, fruto do intercâmbio estabelecido entre os enfermeiros orientadores e os colegas do serviço; (iii) oportunidades de aprendizagem; e (iv) oportunidade de experienciarem aprendizagem através dos pares, fruto da interação em grupo. Apesar de algumas recomendações com vista ao melhoramento do modelo, como a redução do número de EE em cada serviço de 8 para 6, os autores consideraram o modelo inovador e a implementação do mesmo, um sucesso.

Ainda relativamente ao “*cluster model*”, Maginnis e Croxon (2007) verificaram, através de um questionário lançado aos EE, que estes preferiam este modelo, comparativamente com o modelo de *precetor/mentor*, considerando que com o “*cluster model*” poderiam aproveitar melhor as competências clínicas e os conhecimentos do enfermeiro orientador. Os EE consideraram como característica muito importante o facto de o orientador estar familiarizado com o CPC. Os autores referiram alguns problemas relacionados com o modelo de *precetor/mentor*, como os défices de formação e sobrecarga de trabalho dos *precetores/mentores*, pelo facto de estarem inseridos na equipa de trabalho, o que está de acordo com a opinião de outros autores como Haugan et al. (2011). Para além disso, Maginnis et al., (2007) referiram que no “*cluster model*” os EE desenvolvem mais a capacidade de trabalharem como parte da equipa e de se ajudarem mutuamente.

Poderemos afirmar que no contexto do Ensino de Enfermagem em Portugal, existem exemplos de implementação de qualquer um dos modelos mencionados anteriormente, com adaptações de acordo com as instituições envolvidas.

No que respeita às DEU, constatamos que estas são referidas como uma forma diferente de ensino/aprendizagem em ensino clínico usada na Austrália, em que tanto o ensino de enfermagem, como os cuidados aos doentes são funções da unidade dedicada à educação, na qual a responsabilidade pelo processo de ensino/aprendizagem e pela assistência aos doentes é partilhada pelo serviço/unidade e pela instituição de ensino. A HWA (2010) considera este modelo como uma variante do modelo combinado (*facilitator e precetor/mentor*) envolvendo uma parceria específica entre a instituição de ensino e a instituição de saúde, que enfatiza o suporte e a formação dos enfermeiros do CPC. O modelo baseado na unidade de colaboração na aprendizagem, designado na literatura estrangeira de Collaborative Learning Unit (CLU), é referido como uma adaptação da DEU australiana, mas implementado pela Universidade de Victória em parceria com o Vancouver Island Health Authority, na Columbia Britânica no Canadá

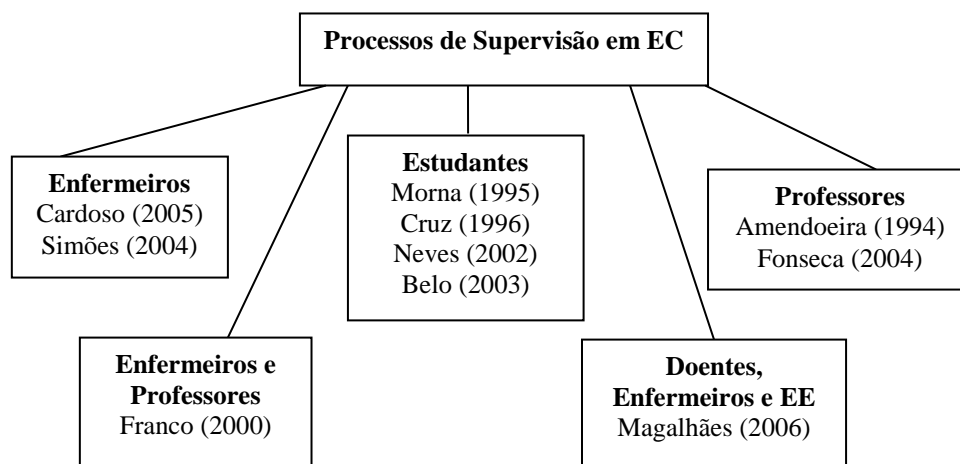
(CASN, 2004). Pela importância deste tipo de unidades no âmbito da nossa pesquisa, consideramos que seria pertinente uma abordagem mais aprofundada dos modelos baseados na DEU, pelo que o faremos num subcapítulo próprio.

Quanto ao trabalho de revisão sistemática que realizamos no contexto dos processos de supervisão em EC, procuramos responder à questão - “Quais os fatores influenciadores dos processos de supervisão de EE em EC?”.

Embora os focos dos estudos encontrados tivessem incidido predominantemente sobre os processos de supervisão de EE em EC, alguns, como já foi referido no início do capítulo, abordaram também as competências dos orientadores clínicos (professores e enfermeiros) e os processos de articulação interinstitucional, uma vez que todos estes assuntos estão muito relacionados entre si. Um dos estudos abordou questões éticas na formação em EC, sendo que não o excluimos por considerarmos as conclusões e propostas de intervenção importantes para a resposta à questão por nós levantada.

Dos 56 estudos sobre EC, 10 abordaram o processo de supervisão de EE em EC e consistiram: 7 dissertações de mestrado, 1 artigo de publicação periódica, 1 dissertação do curso de pedagogia aplicada ao ensino de enfermagem e 1 dissertação de concurso para professor coordenador.

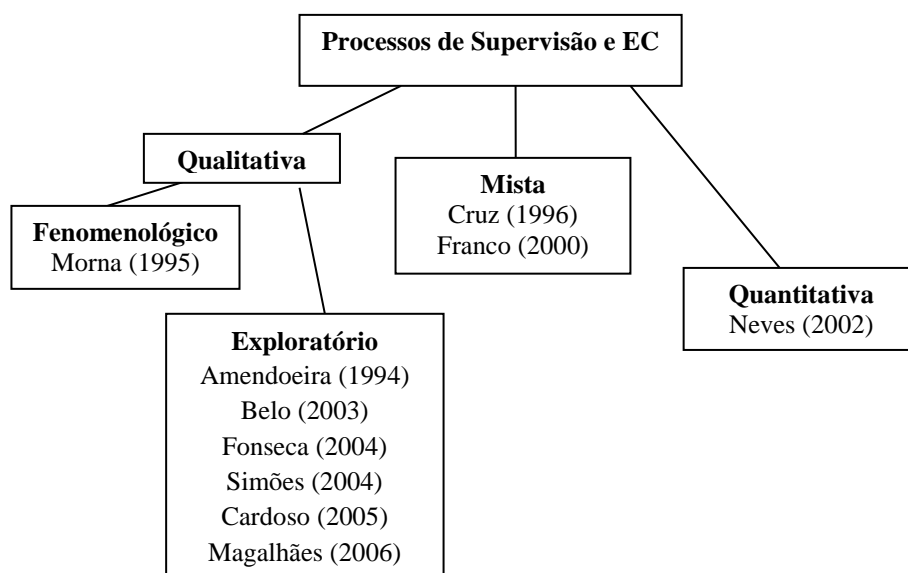
Diagrama Número 7 - Sujeitos dos Estudos sobre Processos de Supervisão em EC



Dos 10 estudos encontrados, tal como consta no Diagrama Número 7, verificamos que 4 incidiram sobre a perspetiva dos EE, 2 sobre a perspetiva dos enfermeiros, 2 na perspetiva dos professores, 1 na perspetiva de enfermeiros e professores e 1 estudo (questões éticas), na perspetiva de doentes, EE e enfermeiros.

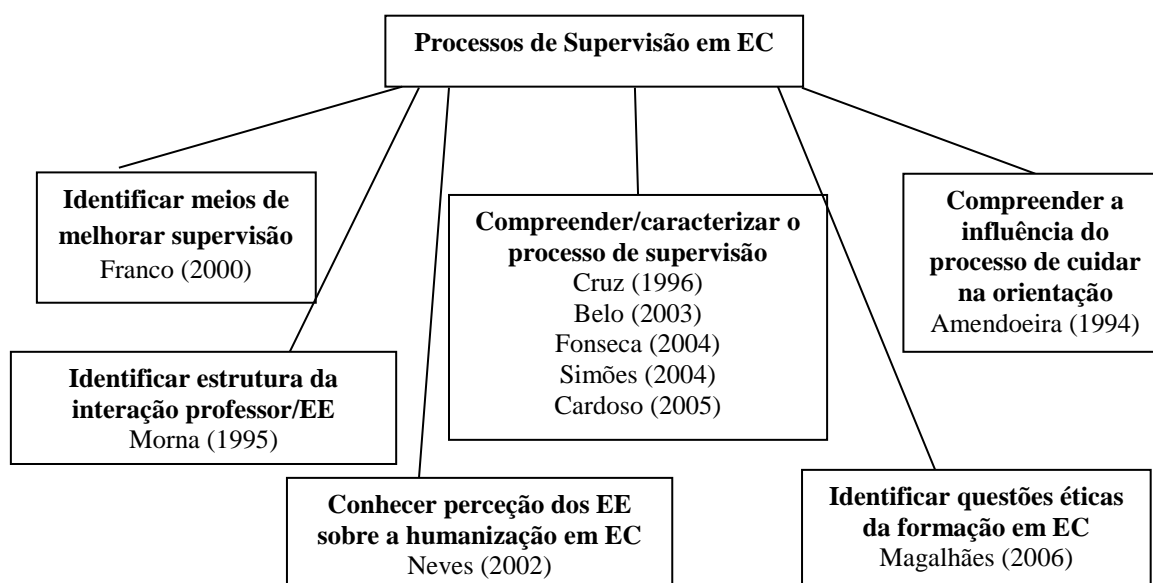
No que respeita ao interesse dos investigadores pelo tema, constatamos que o mesmo foi abordado, pelo menos, desde 1994 até 2006.

Diagrama Número 8 - Metodologias dos Estudos sobre Processos de Supervisão em EC



Quanto às metodologias utilizadas, tal como consta no Diagrama Número 8, verificamos que em 7 dos estudos (a maioria) foi utilizada metodologia qualitativa, com predominância do estudo exploratório, 2 estudos contemplaram a utilização de metodologia mista (quantitativa e qualitativa) e 1 estudo a metodologia quantitativa.

Diagrama Número 9 - Objetivos dos Estudos sobre Processos de Supervisão



Quanto aos objetivos principais dos estudos, através do Diagrama Número 9 verificamos que apenas 5 tinham como principal meta a compreensão/caracterização geral dos processos de supervisão e 1 estudo a identificação dos aspetos a melhorar, enquanto cada um dos restantes estudos se focaram em aspetos particulares do processo de orientação, como: a interação professor/EE, a humanização em EC, a influência do processo de cuidar na orientação e as questões éticas relacionadas com a formação em EC.

A partir da análise dos resultados dos estudos consultados constatamos que os mesmos incidiram sobre alguns dos fatores influenciadores dos processos de supervisão de EE em EC, os facilitadores e os que constituem barreiras ou dificuldades, e sobre propostas de melhoria.

No que respeita aos **fatores favorecedores** do processo de supervisão em EC verificamos no estudo de Cardoso (2005) que a orientação dos EE se centrou e foi regulada pelo trabalho em parceria (entre EE e enfermeiros orientadores) e pela capacidade de autonomia, de iniciativa e de reflexão do EE. Dos resultados verificou-se que ao longo do processo, não é só o EE que evolui na sua capacidade de refletir, mas também o enfermeiro orientador, pois *“evolui como prático reflexivo [...], toma maior consciência de si próprio, da sua prática e da sua profissão, sendo capaz de mudar e de melhorar a sua prática através da sua reflexividade”*(Cardoso, 2005: 205). Por outro lado, a reflexão acabou por constituir um meio para favorecer a articulação entre a teoria a prática, a relação entre EE e o enfermeiro orientador e a prática de cuidados, para além de ser usada como meio de regulação e de avaliação.

As **dificuldades** no processo de supervisão em EC centraram-se em vários aspetos.

Amendoeira (1994) refere-se ao *“modelo de cuidar”* nos CPC e à importância do mesmo ser explícito e próximo do modelo preconizado pelos professores. É salientada a importância do desenvolvimento do processo de cuidar, tendo como foco o cliente, como imprescindível para uma boa orientação por parte dos professores *“pois os formandos encontram naquele contexto a possibilidade de aplicar o que aprenderam na escola”* (Amendoeira, 1994: 156). Segundo Belo (2003) os EE constataram divergências entre a teoria e a prática o que, na sua perspetiva se relacionava não só com os recursos, mas também com as conceções dos enfermeiros.

Nesta perspetiva, o relacionamento interpessoal existente entre os professores e enfermeiros também foi considerado relevante, podendo ser uma dificuldade quando a

linguagem entre os mesmos não permite uma interação adequada (Amendoeira, 1994). No estudo de Simões (2004), as dificuldades de comunicação entre a escola e os CPC são apontadas como fortemente penalizadoras da aprendizagem dos EE. No estudo de Fonseca (2004) constaram-se dificuldades mais específicas, sobretudo, ao nível da comunicação entre professores e enfermeiros orientadores. Simões (2004) considerou esta comunicação como um elemento fundamental, mas nem sempre se processa da melhor forma, sentindo-se os enfermeiros desvalorizados pelos professores, sempre que não existia concordância entre ambos. No estudo de Cruz (1996) constatou-se a existência de insatisfação global dos EE relativamente ao processo de supervisão utilizado e, também, relativamente à forma de participação dos vários intervenientes. A insatisfação esteve relacionada em parte com a relação estabelecida entre o professor e/ou enfermeiro e o EE, com a avaliação do EC e com alguma divergência de orientação entre os professores e enfermeiros orientadores.

Tal como no estudo de Cruz (1996), constatamos que também noutros estudos foi focada a relação do orientador clínico (professor ou enfermeiro) com o EE como de grande importância no processo de supervisão. No estudo de Belo (2003) foi atribuída pelos EE muita importância à comunicação na relação de supervisão, tendo os mesmos considerado que a comunicação era insuficiente em muitas situações. Os resultados do estudo de Fonseca (2004) revelaram que os professores tinham dificuldades na relação com os EE, as quais pareciam estar associadas, maioritariamente, com o processo de avaliação dos EE em EC. Morna (1995), através das vivências descritas pelos EE, identificou situações em que os mesmos se sentiam “*cuidados*” e outras em que se sentiam “*não cuidados*”. Os resultados residiram em situações de “*interação cuidativa*” e de “*interação não cuidativa*” (Morna, 1995: 139-140). No primeiro caso o EE percecionou a presença, o respeito, a confiança e a atenção do professor, sentindo que isso o ajudava a explorar as suas capacidades e a desenvolver-se mais. No segundo caso o EE sentia falta de respeito, atenção e apoio, sentindo-se oprimido, o que dificultava a sua aprendizagem e lhe causava grande sofrimento.

Magalhães (2006), no seu estudo sobre questões éticas na formação em EC, conclui que os enfermeiros desempenham as suas funções em duas vertentes, como orientadores e como prestadores de cuidados, apoiados mais num paradigma positivista, em que tanto o EE como o doente têm um papel passivo e o enfermeiro se assume mais como transmissor de conhecimentos e como detentor da verdade e do saber. Por outro lado, os EE têm uma visão diferente mais dentro do paradigma holístico, desejando que

a orientação seja de índole humanista, considerando que a função do enfermeiro que os orienta será a de facilitador da sua aprendizagem, o que nem sempre se constatou. Deste confronto de paradigmas resultou, por vezes, o comprometimento dos direitos dos EE e dos doentes. Segundo a autora, durante o EC, nem sempre são considerados os princípios éticos como *“o respeito pela pessoa do EE, pela sua vulnerabilidade, pela sua autonomia e pela sua liberdade”* (Magalhães, 2006: 171), o que entende como comprometedor da qualidade da formação e, também, da qualidade dos cuidados prestados. No que diz respeito aos doentes a autora releva a importância de se defender a autonomia dos mesmos, de forma que não sejam utilizados para satisfazer o direito do EE à aprendizagem, assim como, defender o seu direito a cuidados de qualidade, o qual se constatou nem sempre ter sido respeitado.

As conclusões do estudo de Neves (2002) revelaram que os EE tinham, globalmente, uma perceção positiva da humanização em EC, verificando-se que essa perceção era menos positiva nos EE que se encontravam em etapas mais avançadas do curso. Relativamente a esta constatação a autora considerou que poderia estar relacionada com vários fatores, como as características diferentes dos CPC, assim como a ausência total ou parcial do professor dos referidos locais.

No estudo de Cruz (1996) os enfermeiros orientadores foram considerados como modelos para os EE e, por isso, atores indispensáveis no processo. No entanto, segundo Belo (2003) os EE consideraram que os enfermeiros orientadores possuíam poucas competências de âmbito formativo, enquanto no estudo de Fonseca (2004) as narrativas dos professores mostraram-se ambivalentes neste aspeto, situando-se entre a adequação e o défice de conhecimentos dos enfermeiros sobre o processo de supervisão em EC.

Franco (2000) refere aquilo a que designa de constrangimentos que, tanto enfermeiros como docentes sentem em relação à ausência de definição de papeis, de normas e de acordos institucionais, havendo necessidade de articulação entre os vários intervenientes no processo, nomeadamente, o estabelecimento de protocolos e/ou acordos de colaboração institucionais. Neste aspeto o autor refere que, para além dos protocolos de colaboração institucional, será importante que se celebrem acordos específicos para os EC, inclusive entre os serviços das instituições de saúde e os departamentos ou áreas das escolas, no sentido do envolvimento de todos os intervenientes, podendo ter resultados mais evidentes a nível prático. No entender de Franco (2000) isso não se verifica, uma vez que considera que, na maior parte dos casos

o protocolo tem um cariz diplomático, mas não se reflete concretamente nos contextos dos EC.

No estudo de Simões (2004), no que se refere à relação dos enfermeiros orientadores com a equipa de enfermagem, é referido o facto daqueles se sentirem desvalorizados pela equipa, fazendo com que tivessem surgido focos de tensão entre alguns elementos.

A sobrecarga do serviço foi referida como determinante para uma supervisão considerada deficitária “*levando o supervisor a fazer, mais do que ajudar e orientar (o EE) a fazer*” (Simões, 2004: 183) e a não ter tempo para o questionamento, nem para orientar devidamente a sua prática. No estudo de Belo (2003) os EE referem que o tempo de permanência dos enfermeiros orientadores é reduzido, traduzindo-se em apoio e orientação deficientes, apontando também a falta de recursos materiais e humanos.

Nos vários estudos surgiram **propostas** no sentido de melhorar o processo de supervisão em EC.

Magalhães (2006) releva a importância da organização do processo de formação através do desenvolvimento de parcerias entre as escolas e os CPC, como indispensável a uma adequada formação dos EE, assim como, a uma prestação de cuidados com qualidade. A autora sugere o desenvolvimento de trabalhos de investigação em parceria escola/CPC. Nesta perspetiva e, também com o objetivo de diminuir o desfazamento entre a teoria e a prática, é sugerido em vários estudos (Cruz, 1996; Neves, 2002; Simões, 2004; Simões et al., 2008) um maior envolvimento de todas as partes, escola e CPC, para além dos protocolos existentes, que por vezes são considerados apenas como “*pedido formal de utilização dos campos de estágio*” (Cruz, 1996: 138).

Também a existência de reflexão conjunta entre professores e enfermeiros no que respeita ao planeamento das atividades de EC e acerca da prática profissional (Amendoeira, 1994; Simões, 2004; Cardoso, 2005), de acordo com a realidade do local onde mesmo se realiza e a “*adequação do ensino teórico ao ensino clínico*” (Amendoeira, 1994: 159). Ester autor sugere que a programação do EC seja realizada de acordo com todos os intervenientes, sobretudo, contando com os pontos de vista dos enfermeiros onde o mesmo se realiza. Também no estudo de Simões (2004) os enfermeiros orientadores desejavam que a comunicação entre a escola e os CPC fosse de maior partilha de conhecimentos e de metodologias, e manifestaram a necessidade de estarem mais envolvidos em todo o processo do EC, desde o seu planeamento até à avaliação, de serem elementos mais ativos neste processo e de serem reconhecidos nele,

considerando que o mesmo deveria ser mais dinâmico, de forma a existir uma comunicação e participação ativa de todos os intervenientes.

Segundo Simões (2004) para que a supervisão em EC se adeque aos objetivos pretendidos é importante que cada instituição de ensino defina o perfil de enfermeiro que quer formar.

Em vários estudos é proposta a realização de formação dos enfermeiros orientadores (Cruz, 1996; Franco, 2000; Neves, 2002; Simões, 2004; Magalhães, 2006). No que concerne à formação a realizar aos enfermeiros, os resultados do estudo de Franco (2000) apontam para a necessidade da mesma incidir sobre os aspetos pedagógicos, sobre o curso e sobre a escola (filosofia de formação, currículo do curso, normas de avaliação). Neves (2002) sugere a inclusão de formação humana e autoconhecimento na formação de professores e enfermeiros orientadores (Neves, 2002).

A seleção dos enfermeiros orientadores é também proposta no sentido de melhorar o processo de supervisão em EC e de diminuir a discrepância entre o que se ensina na escola e o verificado no local de prática clínica (Cruz, 1996; Franco, 2000; Neves, 2002; Magalhães, 2006). Neste sentido, Franco (2000) refere-se à seleção dos enfermeiros para a supervisão em EC, na base de um concurso documental com entrevista, apontando critérios (motivação, formação, experiência profissional, trabalhos realizados), que deverão ser apreciados por um júri composto por elementos da escola e dos CPC. O autor sugere ainda a inclusão na avaliação do desempenho dos enfermeiros de itens relacionados com a sua prestação ao nível da orientação de EE em EC.

Alguns autores referem a necessidade de maior definição dos papéis do professor e do enfermeiro orientador (Franco, 2000; Neves, 2002). Quanto ao papel de cada um dos orientadores, Franco (2000), considera que o professor deverá ter a função da “*orientação pedagógica*” e o enfermeiro “*a orientação prática*” (Franco, 2000: 47). No estudo de Fonseca (2004), considerou-se que se deveria aumentar o tempo de permanência dos professores nos CPC.

Neves (2002) e Fonseca (2004) sugerem a melhoria do rácio professor/EE, sendo que a segunda autora mencionada refere-se também à diminuição do número de locais de EC por cada professor.

Nalguns estudos é ainda apontado o estabelecimento de contrapartidas adequadas para os enfermeiros orientadores (Neves, 2002; Magalhães, 2006).

Discussão dos Resultados

Os resultados dos vários estudos são bastante convergentes tanto nos fatores influenciadores do processo de supervisão em EC como nas propostas de melhoria, verificando-se a identificação dos mesmos problemas tanto nos estudos mais recentes como nos mais antigos.

Nos aspetos favorecedores destaca-se a formação em parceria e a promoção da reflexão conjunta (professores, enfermeiros e EE), o que está de acordo com o apontado por vários autores (d’Espiney, 1997; Carvalhal, 2002; Andrade, 2005; Martins et al., 2009).

No âmbito dos processos de supervisão em EC e na perspectiva dos frutos que a reflexão conjunta poderá ter na promoção do espírito crítico reflexivo nos EE, consideramos que seria pertinente abordarmos algumas estratégias pedagógicas, assim como, a opinião de alguns autores sobre esta temática.

D’Espiney (1997) e Benner et al. (2010) referem-se à importância de incutir nos EE o hábito de refletirem sobre a prática, de forma a prepará-los para darem resposta à diversidade de situações e problemas encontrados nos CPC. Segundo Benner et al. (2010) a aprendizagem experiencial só se verifica quando se providencia o feedback necessário e se planeiam momentos de reflexão sobre as experiências da prática.

Hand (2006) refere-se à observação, ao questionamento e a discussões reflexivas, como estratégias de avaliação da aquisição de competências, que podem ser vistas também como formas de potenciar o desenvolvimento das mesmas por parte dos EE em EC. Segundo a autora a observação deve fazer parte de um processo contínuo, não devendo ser esporádica, pois permite ao orientador verificar a aquisição de competências: o que é que o EE realmente sabe fazer, a sua capacidade para resolver problemas e também verificar atitudes. Por outro lado, o questionamento permite verificar a aquisição de competências que não são observáveis, capacidade de utilizar conhecimentos anteriores, capacidade de análise e de síntese. A reflexão permite aos EE desenvolver o espírito crítico reflexivo, através da análise da sua prática, sobretudo dos incidentes críticos, sendo que será importante verificar a forma como o EE explora os seus comportamentos, sentimentos e pensamentos, assim como daqueles com quem trabalha, a referência a literatura relevante e o que aprendeu com o incidente crítico.

Nesta perspectiva e tendo em conta a inovação, Martins et al. (2009) apontam algumas estratégias pedagógicas ao nível da promoção da reflexão, tais como: as reflexões sobre situações da prática, a análise de casos e a construção de portefólios

reflexivos. As reflexões sobre situações da prática permitem a análise de situações reais, a exploração de vivências e sentimentos dos EE, conduzindo a uma reconstrução do conhecimento. A análise de casos consiste no registo de situações reais seguida de análise crítica e discussão por parte dos EE com o professor e/ou enfermeiro orientador, a qual pode ser realizada individualmente ou em grupo, permitindo desenvolver a tomada de decisão, o juízo clínico e a capacidade de argumentação, para além do espírito crítico e reflexivo dos EE. O portefólio reflexivo é um instrumento que serve para “*documentar a experiência dos EE de forma organizada e contextualizada no tempo*” (Martins, et al., 2009 p. 111). As estratégias mencionadas permitem que professor e enfermeiro orientador tenham um maior conhecimento acerca do EE.

Haugan et al. (2011) verificaram, através de sessões de orientação tutorial de EE para apresentação e discussão de estudos de caso, que estas constituíam uma boa estratégia para a promoção da reflexão em grupo, no sentido de que ajudavam os EE a terem uma abordagem holística do doente e a perceberem os conhecimentos e competências necessários para a prestação adequada de cuidados. Neste âmbito, os autores referiram-se a outros estudos que focam a necessidade das sessões de orientação tutorial não terem mais de 8 EE, sendo o número ideal de 5 a 6 EE, de forma que a reflexão seja possível. Para além disso, os autores verificaram que esta estratégia usada tipo fórum de discussão e reflexão com a presença dos professores do EC, dos enfermeiros orientadores e dos EE, constituía uma forma privilegiada de reflexão sobre a prática e de promoção da melhoria dos cuidados, para além de contribuir para a articulação interinstitucional. Benner (2001, p. 208) referiu-se à “*comparação de casos clínicos*” como estratégia a adotar e, neste nível, abordou a importância da colaboração entre o professor e a “*tutora*” que orienta o EE, no sentido de “*um esforço coordenado*” entre ambos. Benner et al. (2010) reforçam a importância de existirem “*conferências*” com os EE, onde possam refletir sobre as suas experiências da prática.

No que respeita às dificuldades encontradas nos processos de supervisão em EC, destacam-se a clivagem teoria/prática, sobretudo ao nível das conceções de cuidados, as dificuldades de comunicação entre a escola e os CPC e entre os professores e os enfermeiros orientadores, assim como, divergências de orientação entre uns e outros e ausência do professor dos CPC. Também o tipo de relação entre os orientadores (professor e/ou enfermeiro) e os EE e o respeito pela pessoa do EE, assim como ausência de definição de papéis entre uns e outros. Ainda que os enfermeiros orientadores sejam considerados como modelos para os EE, nem sempre estão

preparados para a função de supervisão. Silva et al. (2011), através da revisão sistemática que realizaram, verificaram *“a falta de uma prática de supervisão consistente e de qualidade que tenha em conta a formação dos futuros profissionais, a par da pouca articulação com a escola”* (Silva, et al., 2011 p. 120). Também se constatarem focos de tensão entre os enfermeiros orientadores e os restantes elementos da equipa de enfermagem. Silva et al. (2011) consideram que o apoio da equipa de enfermagem é de suma importância, pela partilha de experiências e pela análise e discussão do processo de supervisão em EC, permitindo o seu desenvolvimento. Ainda a sobrecarga dos CPC, reduzindo o tempo disponível dos enfermeiros para orientar os EE como foi também constatado por Silva et al. (2011).

As propostas vão no sentido do estabelecimento de parcerias, com maior envolvimento de todos os intervenientes, sessões de reflexão conjunta, definição por parte da escola do perfil de enfermeiro que quer formar, formação, seleção e avaliação dos enfermeiros orientadores, estabelecimento de contrapartidas para os mesmos, maior definição de papéis dos orientadores clínicos (professor e enfermeiro). Benner et al. (2010), para além de se referirem à necessidade de encontrar e de manter CPC adequados ao EC, referem-se aos rácios de orientador clínico/EE, considerando que 1/10 é um rácio excessivo para uma supervisão adequada, considerando que a possibilidade de erro é maior, pondo em causa a segurança do doente. Também consideram importante que os diretores e coordenadores das escolas e dos EC se desloquem aos CPC e tenham uma perceção mais fidedigna do trabalho e responsabilidade que envolve a orientação de EE em EC. No seu estudo os professores consideraram que o rácio ideal seria de 1/7 num máximo de 1/8.

2.4 Competências dos Orientadores Clínicos

No contexto das competências do orientador, procuramos responder à questão - “Quais as competências necessárias para a orientação de EE em EC?”.

Dos 56 estudos encontrados sobre EC, 8 abordaram as competências dos orientadores em EC, tendo sido o tema menos abordado no conjunto das pesquisas sobre EC. Os estudos consistiram em: 5 dissertações de mestrado; 2 capítulos de monografia; 1 artigo de publicação periódica.

Dos 8 estudos encontrados, tal como consta no Diagrama Número 10, verificamos que 3 incidiram sobre a perspetiva de enfermeiros, 2 abordaram a

perspetiva de EE, 1 estudo abordou a perspetiva dos professores, 1 estudo a perspetiva de enfermeiros e EE e 1 estudo a perspetiva de enfermeiros, EE e professores. No que respeita ao interesse dos investigadores pelas competências dos orientadores em EC, constatamos que o tema foi abordado apenas desde 2004 até 2009, ou seja, nos anos mais recentes.

Diagrama Número 10 - Sujeitos dos Estudos sobre Competências dos Orientadores Clínicos

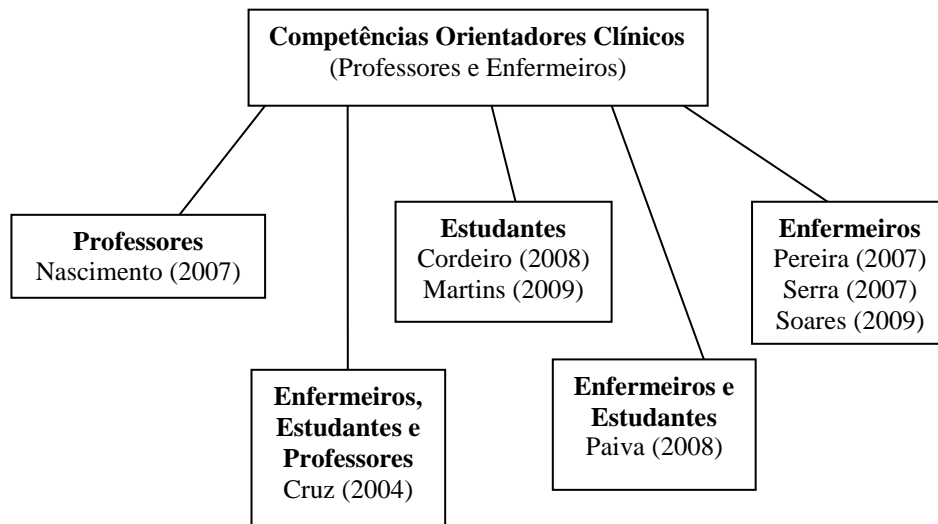
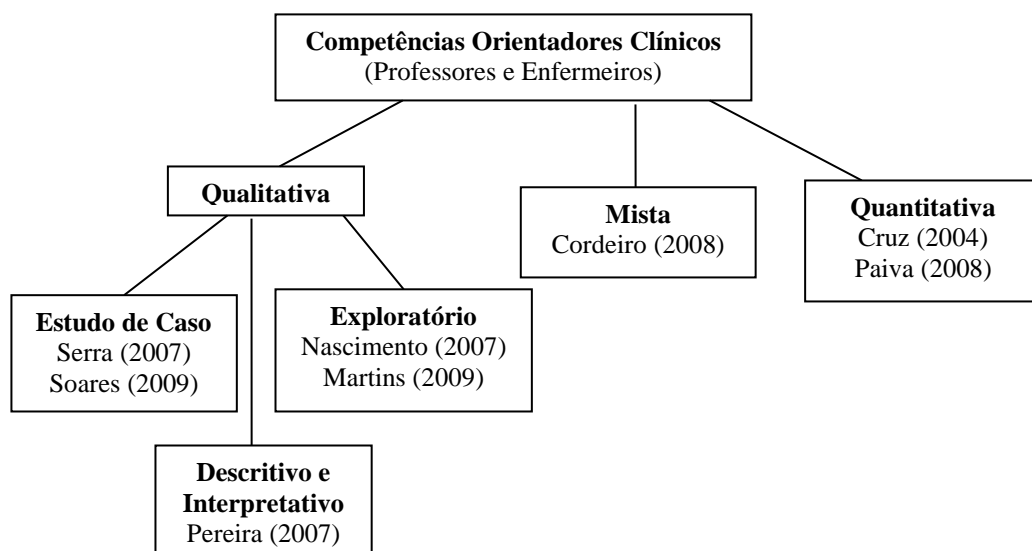


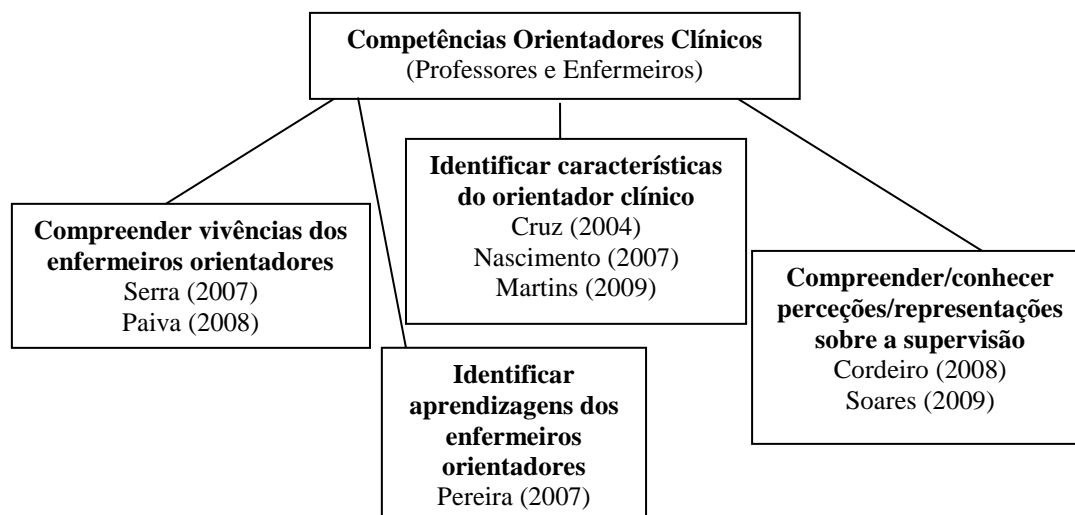
Diagrama Número 11 - Metodologias dos Estudos sobre Competências dos Orientadores Clínicos



Quanto às metodologias utilizadas, tal como consta no Diagrama Número 11, verificamos que em 5 dos estudos (a maioria) foi utilizada metodologia qualitativa, em

2 estudos a metodologia quantitativa e 1 estudo contemplou a utilização de metodologia mista (quantitativa e qualitativa).

Diagrama Número 12 - Objetivos dos Estudos sobre Competências dos Orientadores Clínicos



Quanto aos objetivos dos estudos, pela análise do Diagrama Número 12, verificamos que apenas 3 tinham como objetivo principal a identificação das características dos orientadores clínicos, enquanto em 2 dos estudos pretendia-se compreender as vivências dos enfermeiros orientadores e 1 estudo tinha como objetivo identificar as aprendizagens dos orientadores clínicos durante o processo de supervisão dos EE. Os restantes 2 estudos, embora a finalidade inicial fosse conhecer as percepções ou representações acerca da supervisão em EC, incidiram sobre as características dos orientadores.

Para além do constatado anteriormente, verificamos que apenas 1 estudo abordou as características do professor como orientador em EC, enquanto os restantes 7 estudos incidiram nas características do enfermeiro orientador.

Os resultados dos estudos incidiram não só sobre as características do orientador clínico, mas também sobre as suas vivências e representações acerca da supervisão, onde se incluem as dificuldades encontradas, assim como as propostas de melhoria.

Nos estudos encontrados são apontadas várias **características** que o orientador clínico deve possuir.

Cruz (2004) abordou as características dos enfermeiros orientadores na perspetiva dos vários intervenientes: enfermeiros, professores e EE. Embora se tivesse verificado divergência entre os vários grupos de inquiridos quanto às características

valorizadas, constatou-se que a dimensão “pessoa”, segundo a escala de Rauen, foi a menos valorizada por todos os grupos. Por outro lado, existiu uma característica que foi reconhecida por todos os grupos como a mais importante, a qual passamos a citar “*Transmite conhecimentos que ajudam os alunos a transferir o quadro conceptual para os cuidados específicos aos utentes (dimensão professor)*” (Cruz, 2004, p. 38), ou seja, promove a integração teórico-prática. No entanto, de uma forma geral, a valorização atribuída por cada grupo às várias dimensões foi diferente, sendo que os EE valorizaram mais a dimensão “professor”, enquanto os professores valorizaram mais a dimensão “enfermeiro” e os enfermeiros valorizavam de igual forma a dimensão “professor” e “enfermeiro” da escala de Rauen. No estudo de Martins (2009) os EE valorizaram no enfermeiro orientador, sobretudo, a competência para serem “*facilitadores, ajudando o aluno a aprender a aprender e a refletir*”(Martins, 2009, p. 335).

Para além das competências mencionadas, foram valorizadas as competências relacionais, como disponibilidade, flexibilidade, estar atento e ser capaz de compreender o estudante, ser capaz de estabelecer relação empática com o EE, ser justo, coerente, paciente, no sentido de que fosse criada uma relação potenciadora da aprendizagem e em que existisse desenvolvimento mútuo (Cordeiro, 2008; Martins, 2009). Os resultados do estudo de Pereira (2007) realçam a natureza reflexiva das aprendizagens realizadas pelos enfermeiros orientadores, assim como, a reciprocidade das mesmas, no sentido de que não são só os EE que aprendem, mas também os seus orientadores, seja a nível técnico e a nível de conhecimentos, seja a nível relacional. No estudo de Cordeiro (2008) os EE realizaram uma avaliação, globalmente, positiva nos itens propostos de avaliação do enfermeiro orientador, sendo a categoria “*elementos de competência relacionais positivos*” a mais valorizada (Cordeiro, 2008, p. 225).

Nos vários estudos é realçada a importância das competências pedagógicas gerais e da experiência em supervisão, ou seja, da formação que os enfermeiros orientadores devem ter, a qual deve ser específica para o desempenho da função, devendo ter capacidade e conhecimento relativamente à utilização das estratégias pedagógicas mais adequadas (Cruz, 2004; Pereira, 2007; Cordeiro, 2008; Martins, 2009). Para além deste tipo de formação, foi referido que os mesmos deveriam ter conhecimento acerca dos objetivos do EC, das normas e dos procedimentos ensinados na escola, assim como acerca do plano de estudos do CLE (Cruz, 2004; Martins, 2009).

A motivação e vontade para o desempenho do papel foram duas das características referidas (Cordeiro, 2008; Martins, 2009).

No estudo de Martins (2009) os EE valorizaram também o papel do enfermeiro chefe do serviço no âmbito da seleção dos enfermeiros orientadores, uma vez que dado o tipo de EC em causa (integração à vida profissional), detinha o papel de escolher e distribuir os enfermeiros orientadores. Nesta perspetiva, os EE consideraram que seria importante que o enfermeiro chefe não distribuísse mais do que um EE por cada enfermeiro orientador, devendo saber avaliar quais os enfermeiros mais preparados, competentes e motivados para o exercício de supervisão em EC e saber respeitar a vontade do enfermeiro quando este não estivesse disposto a orientar. Também Cordeiro (2008) se refere a quem escolhe os enfermeiros orientadores, que deverá conhecer bem os enfermeiros em causa e saber se possuem as características desejadas, acabando por enumerar uma série de razões que, habitualmente, se constatarem estar na base da escolha, mas que não são as mais adequadas, como por exemplo “todos os enfermeiros deverão passar pela função de orientadores”.

No estudo de Martins (2009) os EE deram mais relevo aos conhecimentos e à experiência profissional dos enfermeiros orientadores, para além de terem apontado, o gosto e a motivação para a profissão de enfermagem. Embora existissem competências, como as relacionais, que os EE considerassem que tanto os “*orientadores/professores*” e os “*orientadores/enfermeiros*” deveriam possuir, acabaram por distinguir alguns tipos de competências entre os dois grupos, sendo que valorizaram nos primeiros mais as competências pedagógicas do que as de conteúdo. No estudo de Pereira (2007) a experiência profissional é tida como um fator relevante, sobretudo, nas aprendizagens feitas pelos enfermeiros orientadores. Cordeiro (2008) refere que o enfermeiro orientador deve ser modelo para o EE, apontando características como competência científica e técnica e experiência profissional. Também no estudo de Paiva (2008) os EE valorizaram o facto de os enfermeiros orientadores serem tecnicamente competentes.

Cordeiro (2008) aponta ainda o tempo para a supervisão, referindo-se a exemplos de enfermeiros orientadores que nos CPC acumulam funções de coordenação. O mesmo autor refere também a capacidade para estabelecer uma boa comunicação e articulação com o professor.

Quanto às **vivências** dos enfermeiros orientadores, verificamos que no estudo de Serra (2007) evidencia-se o facto de se sentirem mais como colegas com mais experiência que orientam os EE no seu percurso, referindo o EC como a aplicação de conhecimentos que consideram provenientes do exterior (escola), desvalorizando os conhecimentos oriundos da sua própria experiência o que, segundo o autor, pode levar à

existência de “*potenciais zonas de conflito entre a lógica hospitalar e a lógica escolar*” (Serra, 2007, p. 167). Por outro lado, a rotina hospitalar é apontada pelos enfermeiros orientadores como pouco propícia à reflexão, o que dificulta o seu trabalho nas suas funções de orientadores clínicos, associada à pouca preparação para a função que é, frequentemente, informal e construída a partir de do que se observa fazer, ou da ideia que se construiu acerca da supervisão (Serra, 2007; Soares, 2009). Neste sentido, os enfermeiros não se vêem como formadores, não se sentindo preparados, sobretudo, no que à avaliação diz respeito, levando-os a demitirem-se deste processo e remetendo-o para o professor. Contudo, não deixam de considerar que o seu papel como orientadores promoveu o seu desenvolvimento pessoal e profissional, pelo facto de os levar à reflexão e ao questionamento das suas práticas (Serra, 2007).

No estudo de Nascimento (2007) verificou-se que os professores, tal como os enfermeiros orientadores, também se sentiam insuficientemente preparados para a função de supervisão em prática clínica, referindo que a escola não os preparava para essas atividades (aproximadamente, 70% dos sujeitos da amostra eram assistentes do 1º triénio com 1 a 3 anos de experiência profissional). Os professores referiram a inexistência de um perfil profissional de competências do orientador clínico o que, segundo os mesmos, leva a alguma discrepância entre a forma como cada um conceptualiza e realiza as práticas de supervisão em EC. Para além disso, são referidas lacunas no que diz respeito ao trabalho em parceria com os enfermeiros dos CPC, assim como, dificuldades relacionadas com a carga de trabalho dos professores que, segundo a autora “*põem em causa a existência de uma efetiva atividade de supervisão clínica [...], produzindo deficiências e inconsistências ao nível da orientação dos ensinamentos clínicos*” (Nascimento, 2007, p. 40). Por outro lado, no estudo de Soares (2009) as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros orientadores centraram-se na falta de formação para a supervisão, na forma de seleção do orientador e na falta de articulação entre escola e os CPC.

Como é habitual, os autores dos estudos analisados fizeram várias **propostas** no sentido de melhorar o desenvolvimento das competências do orientador clínico:

- Formação adequada em supervisão clínica, sobretudo, no que respeita aos aspetos da avaliação em EC (Soares, 2009); foi sugerida a criação de uma “*especialidade dedicada à formação*” destinada aos enfermeiros orientadores, os quais com esta especialidade, ficariam também responsáveis pela formação dos restantes enfermeiros interessados em orientar EE (Cordeiro, 2008, p. 251);

- Clarificação dos papéis entre enfermeiros orientadores e professores (Cruz, 2004);
- Seleção dos enfermeiros orientadores segundo critérios bem definidos, devendo ser acordado entre a escola e a instituição de saúde um perfil de enfermeiro orientador (Cruz, 2004);
- Criação de processos de monitorização da função do enfermeiro orientador (Cordeiro, 2008; Soares, 2009); foi sugerido que as escolas elaborassem instrumentos que pudessem avaliar de forma efetiva e sistemática a qualidade da supervisão clínica, como questionários, sondagens de opinião e entrevistas (formais, informais) (Cordeiro, 2008);
- Maior comunicação entre a escola e os CPC, com celebração de acordos interinstitucionais, com definição clara das linhas orientadoras do EC (modelo de supervisão, funções do enfermeiro orientador, número de EE por serviço e por enfermeiro) (Cruz, 2004; Paiva, 2008; Martins, 2009);
- Maior ligação dos professores aos CPC (Martins, 2009);
- Criação nos CPC de condições favoráveis à supervisão, de forma que os enfermeiros orientadores tenham a possibilidade de se dedicarem à supervisão em EC de forma exclusiva, sem acumulação das suas funções nos serviços em causa, como um meio de melhorar a parceria com a escola e a rentabilização e melhoramento do processo de orientação dos EE (Cordeiro, 2008);
- Criação de ambiente organizacional propício, em que haja envolvimento de todos os profissionais dos CPC e a definição de metas e da missão da organização, como fatores importantes e influenciadores do processo de formação dos EE (Cordeiro, 2008);
- Disponibilização por parte dos CPC de recursos facilitadores da investigação em enfermagem (Cruz, 2004).

Discussão dos Resultados

As características apontadas nos estudos analisados centraram-se: (i) em características pessoais, como motivação do orientador, capacidade de comunicação e de estabelecimento de relação empática; (ii) em características profissionais, como ser competente científica e tecnicamente e ser modelo para os EE; e (iii) em características de âmbito pedagógico, como a capacidade para ajudar o EE a realizar a integração teórico-prática e a promoção da reflexão. Os aspetos mencionados também são referidos por outros autores.

Garrido et al. (2008) referem-se às características pessoais dos orientadores como determinantes no processo de supervisão dos EE em EC e, nesta perspectiva, mencionam algumas que consideram importantes, como a empatia e a facilidade no relacionamento interpessoal, a capacidade de observação e de comunicação. Também Carvalho (2002) se refere à necessidade de o orientador desenvolver com o EE uma adequada relação. Abreu (2007) considera que o orientador deve mostrar empatia e disponibilidade para dialogar com o EE, considerando esse aspeto fundamental para validar conhecimentos, ajudar na interligação dos mesmos, dar suporte, sugerir pistas de pesquisa e reflexão e ajudar o EE a estar mais consciente de si e da sua aprendizagem. Constatamos que as competências relacionais dos orientadores são muito valorizadas por vários outros autores (Catarino, 1994, CNA, 2004, Saarikoski et al., 2005, NMC, 2008, HWA, 2010). No estudo de Catarino (1994) a formação humana foi a característica mais valorizada. Também Saarikoski et al. (2005) concluíram que a relação na supervisão foi considerada pelos EE como o fator mais importante em todo o processo, sendo que os itens avaliados nesta dimensão foram a atitude do orientador, a individualização do processo de orientação, continuidade do *feedback*, igualdade na orientação, o respeito e a confiança.

A Canadian Nurses Association (CNA) (2004) faz alusão a exemplos de requisitos ou condições para que os enfermeiros se possam candidatar a programas de seleção e formação de *preceptores/mentores*, assim como, às competências que os mesmos deverão desenvolver para o desempenho adequado da função, agrupando-as em cinco domínios: colaboração, características pessoais, promoção da aprendizagem, prática profissional e conhecimento acerca do contexto (instituição de saúde e escola) (CNA, 2004, p. 40). Em termos das características pessoais esta organização refere-se à necessidade de o enfermeiro orientador ser honesto, delicado, flexível, possuir interesse pela orientação de EE, respeito pela individualidade de cada EE, capacidade para integrar os EE no CPC, interesse pela identificação das suas próprias necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento, autoconfiança, abertura para aprender durante o processo de orientação dos EE, capacidade para criar um ambiente favorecedor da aprendizagem, ter capacidade para se adaptar à mudança, possuir competências de comunicação com todos os intervenientes e de resolução de conflitos, reconhecer as suas limitações pessoais e pedir ajuda quando necessário. No domínio da colaboração, é referida a capacidade do enfermeiro orientador colaborar com os vários intervenientes,

como EE, professores da escola, enfermeiro chefe do serviço, colegas de equipa e outros enfermeiros orientadores.

O Nursing and Midwifery Council (NMC) (2008) também enumera uma série de competências que o enfermeiro orientador deverá desenvolver a vários níveis, como: a promoção da aprendizagem dos EE, a criação de um ambiente favorável à aprendizagem, a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional não só dos EE, mas também ao nível do CPC (NMC, 2008, p. 20-21).

Relativamente aos requisitos profissionais, Carvalhal (2002) e Garrido et al. (2008) referem-se à importância da ação do enfermeiro orientador e da sua influência na aprendizagem do EE, considerando que o mesmo deve possuir conhecimentos científicos e técnicos e ser experiente e competente sob o ponto de vista profissional. Garrido et al. (2008) acrescentam aspetos como o sentido de responsabilidade, a capacidade de liderança, de planeamento e de organização. Benner (2001, p. 208) refere-se à importância das “*tutoras de estágios*” com experiência clínica, como uma solução para a orientação de EE em EC. A CNA (2004) refere como condições necessárias para o acesso à função, ter pelo menos dois anos de experiência profissional, competências de liderança, demonstrar interesse pelo desenvolvimento profissional. Para além disso, a mesma organização refere-se à necessidade de os enfermeiros orientadores conduzirem a sua prática e orientarem os EE, tendo por base o código deontológico, os padrões de qualidade e os guias de boas práticas. O NMC (2008) menciona a necessidade de o enfermeiro orientador utilizar uma prática baseada na evidência. Também vários autores se referem à necessidade de o enfermeiro orientador se assumir como modelo para os EE (Edmond, 2001; Abreu, 2007; Garrido et al. 2008; NMC, 2008; Silveira, 2009; HWA, 2010). Silveira (2009) refere-se à grande influência do orientador clínico, na perspetiva de modelo, na medida em que são os seus valores e crenças, assim como a forma como encara a profissão e como presta os cuidados que vão condicionar a aprendizagem dos EE.

Vários autores referem-se às competências de âmbito pedagógico e à preparação para a função de orientação em EC, assim como à experiência a este nível (Catarino, 1994; WHO, 2001a; Carvalhal, 2002; CNA, 2004; Fernandes 2004; Abreu, 2007; Garrido e Simões, 2007; Garrido et al., 2008; NMC, 2008). Abreu (2007) refere que o orientador clínico deve analisar com o EE as suas experiências de aprendizagem e os factos que se constituem significativos nas mesmas, sendo que considera importante que se proporcionem aos EE oportunidades de aprendizagem que desenvolvam o “*espírito*

crítico, o pensamento ético e a reflexão” (Abreu, 2007, p.168). Neste sentido considera importante que o orientador ajude o EE a construir a sua identidade e o seu quadro de valores, promova a familiarização com a linguagem profissional, ajude na gestão das emoções e promova a autonomia e responsabilização de uma forma progressiva, considerando que para o EE o orientador deve ser “*um recurso de aprendizagem*” (Abreu, 2007, p. 170).

A CNA (2004) considera importante que o enfermeiro orientador conheça e compreenda os princípios da educação de adultos e que promova a aprendizagem dos EE, demonstrando capacidade de, em colaboração com os professores e os próprios EE, corresponder às necessidades de aprendizagem dos EE, planejar e implementar as atividades de ensino/aprendizagem, assim como, de avaliar os seus resultados. Para além disso, considera fundamental que o enfermeiro orientador conheça o contexto (missão e filosofia institucional, procedimentos, funções, documentos e outros), quer da escola quer da instituição de saúde.

Fernandes (2004) enfatiza a capacidade do enfermeiro orientador para conduzir o EE à descoberta através da ação, mais do que a transmissão ou mobilização de conhecimentos. A autora faz referência à necessidade de o orientador levar o EE a explorar, a procurar a informação, de maneira que desenvolva e utilize a intuição, que considera fundamental para uma abordagem adequada do doente. Desta forma, releva a importância do enfermeiro orientador ser alguém competente e interessado que promova no EE o questionamento, a descoberta e a reflexão frequentes, tornando o processo de aprendizagem em EC, não como uma mera reprodução de atividades, mas sim como um processo dinâmico e pleno de significado, o que também é apontado nas *guidelines* da WHO (2001a).

Também Garrido e Simões (2007) e Garrido et al. (2008) destacam algumas características importantes relativamente à função do enfermeiro orientador, como desenvolver capacidades de reflexão, de autoconhecimento nos EE e de inovação, assim como dar reforço positivo, criar ambiente propício em termos afetivos e relacionais e condições favoráveis à aprendizagem, motivar os EE, capacidade para planejar, orientar e avaliar as atividades dos EE. O NMC (2008) enfatiza a necessidade de o enfermeiro orientador possuir a capacidade de gerir e avaliar a aquisição de competências por parte dos EE, de se coresponsabilizar no seu processo de aprendizagem e de dar atenção e prioridade à orientação dos EE no contexto das suas funções como enfermeiro.

A HWA (2010) refere-se também a um conjunto de funções do “*supervisor clínico*” dentro da área da saúde em geral, mas que podem ser aplicadas no contexto da supervisão em EC. Assim, são referidas funções como: promoção da integração do estudante no CPC, adequada e atempada avaliação do estudante, observação da prática e feedback adequado, promoção de experiências favorecedoras da integração teórico-prática, identificação das necessidades de aprendizagem do estudante, promoção de uma prática reflexiva e do desenvolvimento de habilidades técnicas, estabelecimento de uma prática segura para o doente e para o estudante e equilibrar as necessidades deste e os objetivos organizacionais.

Quanto às vivências dos enfermeiros orientadores, na globalidade, os resultados dos estudos analisados, convergem com os de outros autores. Os enfermeiros orientadores, apesar de considerarem que a orientação promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional, desvalorizam os conhecimentos oriundos da sua prática, sentem-se pouco preparados para a função, discordam da forma de seleção, referem a inexistência de um perfil de competências de orientador clínico, a falta de ambiente propício para a formação (“a rotina hospitalar”), a sobrecarga de trabalho e falta de articulação entre a escola e o CPC, com as consequentes lacunas no trabalho em parceria. Os professores também referem lacunas no perfil de orientador, assim como, o excesso de carga de trabalho, como uma dificuldade para a supervisão em EC.

Em vários estudos e contextos diferentes, quer a nível nacional como internacional, os autores referem-se à falta de preparação dos enfermeiros orientadores para a função de supervisão de EE em EC (Edmond, 2001; McBrien, 2006; Garrido et al., 2008; Rua, 2009; Benner et al., 2010; Silva et al., 2011). Edmond (2001) refere-se à falta de preparação e de avaliação dos “*mentores*” e das respetivas consequências na orientação dos EE. McBrien (2006) considera que a pouca preparação dos enfermeiros orientadores para a função contribui para o *gap* teoria prática. Silva et al. (2011) aludem que a falta de preparação dos enfermeiros orientadores traduz-se “*na dificuldade em definir metas de aprendizagem, a falta de ferramentas para um feedback construtivo da aprendizagem e do desempenho e, ainda, a parca preparação para a função avaliativa*” (Silva et al., 2011, p.120). Para além das lacunas de formação, Garrido et al. (2008) referem-se a dificuldades dos enfermeiros orientadores, como a aplicação das grelhas de avaliação e o desconhecimento acerca dos objetivos dos EC e da preparação dos EE, sobretudo, quando trabalham com mais do que uma instituição de ensino.

Catarino (1994) refere que não basta a motivação e a vontade do enfermeiro para orientar, mas que este deveria ter disponibilidade para a função. Silveira (2009) refere-se ao facto da orientação em simultâneo com prestação de cuidados (enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho) ser geradora de ansiedade. Também Silva et al. (2011) referem-se à sobrecarga de trabalho como uma dificuldade para a orientação dos EE em simultâneo com a prestação de cuidados, aspeto que é referido por outros autores a nível internacional, considerando que a sobrecarga dos enfermeiros orientadores nos serviços a que pertencem faz com que tenham muito pouco tempo livre para a orientação dos EE, deixando esta função para segundo plano (Edmond, 2001; Benner et al., 2010; Bourgeois et al., 2011; Walker et al., 2012).

Tal como nos estudos analisados, alguns autores mencionam a indefinição de papéis dos orientadores, mais precisamente, entre professores e enfermeiros orientadores (Longarito, 2002; Rua, 2009; Silva et al., 2011). Rua (2009) considera ser uma consequência da *“diversidade dos protocolos entre as instituições e da falta de conhecimento inter-contextual”* (Rua, 2009, p. 433).

Garrido et al. (2008) referem-se à pouca receptividade e incompreensão da equipa relativamente às funções de orientação dos EE e à falta de reconhecimento do trabalho dos enfermeiros orientadores por parte das administrações das instituições de saúde, assim como, aos poucos incentivos de âmbito económico.

As **propostas** foram de encontro ao mencionado noutros estudos tendo incidido: na formação adequada dos enfermeiros para a orientação de EE, na seleção adequada dos mesmos, na monitorização da função de supervisão em EC, na clarificação de papéis entre enfermeiros orientadores e professores, na celebração de acordos interinstitucionais com clarificação das linhas orientadoras da supervisão, nas condições mais favoráveis dos CPC em termos do envolvimento de todos os intervenientes, e da clarificação dos objetivos organizacionais de cada instituição de saúde no âmbito da formação, o que está de acordo com outros autores (Edmond, 2001; WHO, 2001a; WHO, 2001b; Garrido et al., 2008; Rua, 2009; Silva et al., 2011).

Garrido et al. (2008) referem que os enfermeiros orientadores devem ser submetidos a programas rigorosos de formação que os prepare adequadamente para a função. Numa perspetiva mais integradora, estes autores consideram que os programas de formação para enfermeiros orientadores, para além de visarem o seu desenvolvimento auto reflexivo, devem ter em conta a realidade institucional onde os mesmos se encontram inseridos, concebendo a formação como estratégia para a

mudança, considerando-a em sentido mais abrangente e em intercâmbio permanente com os professores, os EE e as instituições envolvidas. Mendes et al. (2001) referem-se à utilização dos diários de aprendizagem pelos orientadores clínicos “*à semelhança da metodologia proposta aos estudantes, [...] como um instrumento facilitador*” na construção do seu papel” (Mendes et al., 2001, p. 5). Carvalhal (2002) refere a necessidade de, tanto enfermeiros como professores, desenvolverem o processo de formação em conjunto e de uma forma que seja coerente com o modelo veiculado pela escola. Silva et al. (2011) apontam a necessidade de os enfermeiros orientadores receberem de forma regular apoio por parte dos professores.

Também se alude à necessidade dos professores terem preparação e experiência sob o ponto de vista clínico, de forma que também possam orientar os EE em EC em colaboração com os enfermeiros dos CPC (WHO, 2001a; WHO, 2001b).

A seleção dos enfermeiros orientadores é focada por alguns autores (Catarino, 1994; Garrido et al., 2008; CNA, 2004; NMC, 2008; HWA, 2010). Catarino (1994) releva a importância dos critérios da escolha dos orientadores, assim como, o papel a esse nível do enfermeiro chefe do serviço, fazendo-nos questionar sobre qual o papel da escola e do CPC neste tipo de seleção.

Edmond (2001) refere-se à necessidade de se criarem condições para que os enfermeiros orientadores possam ter disponibilidade e preparação para a orientação, como o facto de serem substituídos no período em que orientam EE e serem preparados, orientados, avaliados e pagos pela escola, numa parceria estabelecida entre esta e a instituição de saúde, o que também está de acordo com o apontado no estudo de Bourgeois et al. (2011). No estudo de Rua (2009) é referida a necessidade de estabelecimento de protocolos interinstitucionais com o objetivo de, por um lado, clarificar os papéis entre os vários intervenientes, por outro, de permitir uma maior sintonia relativamente às estratégias de formação.

Também Garrido et al. (2008) se referem às condições que consideram necessárias para que os enfermeiros possam orientar EE em EC de forma apropriada, como: a adequada seleção dos mesmos por parte das instituições de ensino e de saúde, maior investimento na formação, maior participação dos enfermeiros orientadores na formação dos EE, estabelecimento de protocolos efetivos de colaboração interinstitucional, para além de medidas legislativas acerca do processo de articulação e de orientação dos EE em EC. Para além disso, os autores referem-se à necessidade de se definirem incentivos para os enfermeiros orientadores, dos quais destacamos a redução

da carga horária no CPC quando orientam EE, facilidade de acesso a formação pós-graduada, isenção/redução de propinas nas formações académicas, reconhecimento, valorização e certificação da função de supervisão dos EE, participação em projetos de investigação e incentivos económicos.

O NMC (2008) tem programas implementados, de formação, supervisão e certificação de enfermeiros orientadores, segundo critérios bem definidos, assim como, linhas orientadoras quanto aos rácios enfermeiro orientador/EE. Os programas em causa, implementados em colaboração com as escolas e as instituições de saúde, preveem atualizações e revisões periódicas, no sentido de verificar a manutenção por parte dos enfermeiros orientadores dos requisitos exigidos para a orientação de EE em prática clínica (NMC, 2008; NMC, 2009; NMC 2010; NMC 2011a; NMC 2011b).

2.5 Unidades Dedicadas à Educação

A Dedicated Education Unit³ é referida como uma nova abordagem pioneira na educação em EC, implementada em 1997 pela Escola de Enfermagem da *Flinders University* em Adelaide no Sul da Austrália (FUSA), desempenhando um papel importante no fortalecimento dos laços entre os enfermeiros da prática clínica e os enfermeiros da escola, criando um contexto de prática clínica mais positivo e maximizando a possibilidade dos EE atingirem os objetivos propostos para o EC (Edgecombe et al., 1999). As DEU são referidas como unidades de cuidados de saúde que se foram desenvolvendo através de estratégias de colaboração entre os enfermeiros da prática e os enfermeiros da escola (Wotton e Gonda, 2004).

Os autores referenciados anteriormente equacionam uma série de problemas relacionados com aquilo a que designam de modelos tradicionais de educação/supervisão em EC, os quais levaram à reflexão e à procura de uma solução que melhor servisse os interesses de todos os intervenientes. Os problemas e dificuldades apontados são vários e, alguns deles, comuns aos encontrados no ensino de enfermagem em Portugal, como: (i) o facto dos enfermeiros da prática clínica serem solicitados para orientarem EE em EC, sem a adequada preparação sob o ponto de vista pedagógico, para exercerem tal função; (ii) os enfermeiros da prática clínica, duma forma geral, não estarem por dentro dos objetivos do EC em causa, nem do percurso

³ Alguns autores designam-na por Dedicated Learning Unit (DLU) (Mullenbach e Burggraf, 2011).

efetuado pelos EE, aspeto que é apontado como consequência de uma insuficiente informação por parte das instituições de ensino; (iii) a passagem pelo mesmo serviço de EE provenientes de mais do que uma instituição de ensino, com filosofias, objetivos e percursos diferentes; (iv) relatos de EE sobre a discrepância entre o que é ensinado em sala de aula e o que é ensinado no CPC; e (v) a percepção por parte dos professores de que não faziam parte da equipa e o tipo de constrangimentos que isso implicava em termos de aceitação por parte dos enfermeiros do serviço em causa, as barreiras e as dificuldades a ultrapassar em termos de conhecimento efetivo do serviço, do seu funcionamento e do tipo de relações a estabelecer com os restantes intervenientes.

Todos estes e outros problemas encontrados retratam o contexto em que a DEU nasceu, ou seja, ela foi o resultado da experiência, da investigação e do interesse, em geral, dos professores de enfermagem da escola de enfermagem da FUSA. Assim, a DEU é considerada um modelo no processo no ensino/aprendizagem em EC que reitera a importância da prática clínica como um aspeto central no ensino de enfermagem (Edgecombe et al., 1999).

Na sua conceção estiveram subjacentes vários pressupostos, entre eles: (i) o desenvolvimento do ensino/aprendizagem através de pares (existência no CPC de EE em diferentes estádios de aprendizagem); (ii) o papel dos enfermeiros da prática como fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais por parte dos EE; (iii) a orientação/supervisão efetuada por docentes reconhecidos como elementos credíveis tanto pedagogicamente, como em termos da prática clínica, considerada essencial para a integração teórico-prática e um elemento chave na ligação entre a escola e o serviço; (iv) colaboração contínua entre a instituição de ensino e as instituições de saúde, a todos os níveis organizacionais; (v) criação de um contexto da prática clínica seguro, de forma a tornar-se de facto um verdadeiro contexto de aprendizagem; e (vi) envolvimento ativo de todos os enfermeiros da DEU na educação dos EE, assim como, no desenvolvimento e na avaliação da unidade (Edgecombe et al., 1999, p. 168).

Alguns dos pressupostos para a criação da DEU partiram de um projeto desenvolvido a nível do ensino universitário na Austrália, com o título “ Transferindo o Ensino entre a Sala de Aula e a Prática Clínica”, o qual apontou estratégias para que esta ligação entre os dois contextos de ensino/aprendizagem fosse mais efetivo. Então, nessa altura Kay Edgecombe, professora da escola de enfermagem da FUSA, criou o conceito de DEU e iniciou as estratégias de implementação em Julho de 1996. A

proposta para a criação da DEU foi apresentada e aceite pelos representantes da FUSA e, também, pelos representantes de várias instituições de saúde com as quais a universidade trabalhava. Desta forma, foi formado um grupo de trabalho que incluía representantes de todas as instituições em causa, de forma a dar suporte e orientação na implementação da DEU no 1º Semestre de 1997 do Curso de Enfermagem.

Após várias reuniões do grupo e outras entre elementos das equipas de enfermagem e os professores da universidade, foi implementada a primeira DEU no Flinders Medical Centre (FMC). Nesta DEU participaram cerca de 36 EE do 1º, 2º e 3º ano do curso de enfermagem da FUSA. Neste contexto, a preparação da prática clínica incidiu sobre 3 focos: enfermeiros do serviço, professores e EE.

Assim, através de um *workshop*, os enfermeiros dos serviços foram preparados para facilitarem a aprendizagem dos EE, sendo que esta formação teve como objetivos permitir a exploração e o debate dos conceitos teóricos associados a este modelo, formar sobre os princípios básicos da aprendizagem e estratégias de ensino no CPC, providenciar detalhes sobre os objetivos da aprendizagem, o curriculum do curso, e promover discussões sobre o papel do orientador em EC (Wotton e Gonda, 2004).

Os EE foram informados sobre o conceito de DEU, através da recomendação de leituras específicas e de sessões de informação sobre este tipo de unidade, assim como, sobre o que era esperado deles no seu papel de EE e também de “professores” relativamente aos colegas mais novos no curso. Com os professores da escola foram feitas reuniões quinzenais, onde foram debatidos assuntos relacionados com a DEU e foram esclarecidos vários aspetos relacionados com a mesma. O processo, segundo os autores, foi caracterizado pela existência de transparência e respeito entre todos os participantes, e ainda, pelo reconhecimento do valor e da competência de cada um, o que conduziu ao estabelecimento de um ótimo contexto de ensino/aprendizagem.

Os enfermeiros na DEU têm a função de supervisionar todo o planeamento, implementação e a avaliação dos cuidados aos doentes, para além de desempenharem o papel de “*mentores*”, como profissionais experientes, facilitando a aprendizagem dos EE (Gonda et al., 1999). Em cada DEU existe um enfermeiro do serviço que é considerado o “*enfermeiro de ligação*”, que em termos de honorários recebe um suplemento pago pela universidade, para além da remuneração dada pelo hospital. Este enfermeiro tem a função de comunicar com o professor, o enfermeiro-chefe da unidade e os elementos da equipa de enfermagem que trabalham com os EE, para além de fazer a distribuição destes pelos doentes (Wotton e Gonda, 2004).

O professor na DEU também tem um papel primordial, pois estabelece a ponte entre os EE e os enfermeiros do serviço, mais precisamente, cada DEU tem um “*professor principal*” que regularmente se reúne com o “*enfermeiro de ligação*” (Miller, 2005, p. 170). As suas funções são várias, desde trabalhar diretamente com os EE (cerca de 8 a 10 horas por semana) na prestação de cuidados diretos aos doentes, funcionar como modelo para os EE, sobretudo, na tomada de decisão, assegurar-se que os mesmos têm experiências clínicas relevantes para a consecução dos objetivos do EC, e promover a reflexão dos EE sobre a prática. Para além disso, tem ainda as funções de discutir estratégias de ensino com os enfermeiros, colaborar com eles na avaliação dos EE e na exploração da natureza da DEU, de forma a assegurar o seu bom funcionamento, promover conferências com EE e enfermeiros da DEU, e apoiar tanto uns como outros, ajudando-os na resolução dos problemas encontrados (Wotton e Gonda, 2004). O professor na DEU tem de ser um elemento reconhecido pela sua perícia sob o ponto de vista pedagógico e, embora tenha de ser também qualificado em termos da prática de cuidados de enfermagem, não tem de ser necessariamente um perito em termos da prática clínica. Contudo, a relação estabelecida pelo professor na DEU com a equipa, tem de ser forte e duradoura, de forma a criar uma relação de pertença ao serviço e à instituição (Edgecombe et al., 1999).

Para além dos encontros referidos na implementação da primeira DEU, noutras experiências posteriores implementadas por iniciativa da FUSA, foram realizadas reuniões quinzenais entre a equipa de enfermagem de cada DEU e o(s) respetivo(s) professor(es), para avaliar os progressos feitos pelos EE, para analisar e discutir os problemas encontrados como resultado da implementação do modelo, e para identificar e implementar estratégias de resolução (Gonda et al., 1999).

A acrescentar ainda que, na implementação da DEU pela FUSA, outros professores (“professores visitantes”) que não os da prática clínica, também se deslocaram ao local de EC para observarem e orientarem os EE na DEU. Esta ocorrência aliada às sessões de discussão em grupo sobre problemas ou casos da prática clínica ajudou a estabelecer a ligação entre o ensino em a sala de aula e o contexto da prática. A este respeito, na implementação das DEU seguintes, os designados “professores visitantes”, foram aos CPC com intervalos de três a quatro semanas e funcionaram como tutores multidisciplinares de todos os EE (1º, 2º e 3º anos), ajudando-os a analisarem os casos da prática, do ponto de vista ético, sociológico ou legal, de forma a contextualizarem aspetos teóricos dos programas das várias

disciplinas. Algumas vezes, acabou por se verificar que professores e enfermeiros da prática ensinavam, simultaneamente, no contexto da prática clínica e em sala de aula.

Gonda et al., (1999) consideraram que os pontos fundamentais do contexto da aprendizagem nas DEU são: a reflexão na prática, o ensino dos EE realizado pelos seus pares e a orientação feita em simultâneo por enfermeiros, professores do EC e outros professores da escola que visitam a unidade. A promoção do ensino de EE realizado por pares, normalmente outros EE mais velhos e, portanto, num estágio mais avançado do seu percurso de aprendizagem, segundo as autoras, promove a reflexão dos EE sobre as suas práticas.

A DEU foi considerada um fio condutor seguro para os EE, para além de encorajar os professores e os enfermeiros do serviço a negociarem e a planearem em parceria estratégias para fazer face às dificuldades encontradas, tendo em conta os recursos disponíveis. Os autores consideraram que *“os resultados da aprendizagem em EC melhoram substancialmente quando enfermeiros proficientes e professores estabelecem mutuamente uma cultura de excelência”* (Edgecombe et al., 1999, p. 168). A DEU explorou os recursos e as oportunidades dentro do CPC, de forma a minimizar os constrangimentos encontrados, ou seja, constituiu um modelo efetivo de colaboração entre a escola e os CPC.

Na perspetiva dos autores, as DEU trouxeram ganhos para a escola de enfermagem, para as instituições de saúde participantes, para os EE e providenciaram uma firme estrutura para o ensino pós-graduado e para a investigação em enfermagem. Constatou-se que através de uma adequada combinação entre ensino feito por EE e ensino realizado por professores e enfermeiros, os EE foram capazes de desenvolverem as suas competências práticas para níveis elevados, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde (Edgecombe et al., 1999).

Estas constatações foram também confirmadas por um estudo de avaliação da implementação de três DEU, no 2º semestre de 1997 do Curso de Enfermagem da FUSA, segundo a perspetiva dos EE e dos enfermeiros das unidades em causa. Nesta avaliação constatou-se que tanto os enfermeiros como os EE tinham perceções muito positivas acerca das DEU. Consideraram também que o ponto forte da DEU era o facto de esta promover de forma mais efetiva a integração teórico-prática do que os outros modelos anteriores utilizados pela escola de enfermagem da FUSA. Por outro lado, também permitiu aos EE desenvolverem os seus relacionamentos com os outros colegas e também desenvolverem a sua aprendizagem como membros da equipa. Nesta

avaliação foi realçada também, a vantagem da parceria entre a escola e as três instituições de saúde que participaram, considerando-se que a DEU pode desenvolver-se em qualquer contexto de prestação de cuidados de enfermagem (Gonda et al., 1999).

Um outro estudo de avaliação foi feito mais tarde por duas das professoras responsáveis pela implementação da DEU na FUSA, tendo como ponto de partida o instrumento de avaliação utilizado no estudo anterior, mas incluindo não só um maior número de participantes, como também, para além dos EE e enfermeiros, os professores que participaram nas várias DEU criadas até à altura (Wotton e Gonda, 2004). As conclusões desta avaliação também revelaram aspetos extremamente positivos da implementação deste modelo, embora as autoras tenham alertado para o facto de, na altura, não ter sido possível determinar de forma plena o impacto total da DEU. Para além disso, concluem que muito do sucesso do modelo residiu no desenvolvimento de relações entre a escola e as unidades de saúde que fizeram parte do projeto, na inclusão dos diretores e administradores dessas unidades e da inclusão da equipa de enfermagem, referindo que *“a implementação de uma DEU requer uma mudança tanto na cultura organizacional, como no curriculum [...] A transição para o modelo de DEU deve ser cuidadosamente pensada e implementada”* (Wotton e Gonda, 2004, p. 126).

Ainda relativamente a outros estudos de avaliação feitos posteriormente, destacamos um estudo que se centrou na perceção dos EE acerca das características do CPC, sob o ponto de vista psicossocial, comparando três modelos de orientação em EC: *precetor/mentor*, *“facilitation model”* (também designado de modelo tradicional, na Austrália)⁴ e DEU. Neste estudo concluiu-se que o clima psicossocial considerado mais positivo pelos EE estava associado ao modelo de *precetor/mentor*, verificando-se no entanto, que a DEU para além de comportar um maior número de EE em EC, garante um maior nível de suporte psicossocial aos EE no CPC, comparativamente com os designados modelos tradicionais (Henderson et al., 2006).

A partir desta primeira experiência de implementação da DEU, outras foram surgindo, não só na Austrália (Ranse e Grealish, 2007), como noutros países, em que o modelo inicial foi sendo adaptado na Nova Zelândia (DEU Project Team, 2008), nos Estados Unidos da América (EUA) (Miller, 2005; Moscato et al., 2007) e, também, no

⁴ Nota: O *Facilitation Model* na Austrália consiste num modelo em que um enfermeiro, na maior parte dos casos contratado de forma ocasional pela universidade, podendo pertencer ou não ao hospital em causa, tem a função de promover (facilitar) experiências de aprendizagem a um grupo de 8 EE que lhe são atribuídos e que podem estar num ou em vários serviços do mesmo hospital (Henderson et al, 2006).

Canadá, com a criação das “*Collaborative Learning Unit*” (CLU), às quais nos referiremos mais adiante.

Neste contexto, convém também referir uma experiência inovadora de criação de uma DEU no Colorado (EUA) com o objetivo específico de orientar e socializar enfermeiros recém-formados, com vista a aumentar o seu grau de competência, de promover práticas seguras e de garantir a sua completa integração na equipa (Pappas, 2007).

Relativamente às outras experiências de implementação da DEU que foram surgindo, destacamos a ocorrida em Tacoma, entre a escola de enfermagem da Pacific Lutheran University (PLU) e o MultiCare Health Care System Hospital (MHCSH) nos EUA. Nesta parceria, foi criada também uma equipa de suporte à implementação da DEU, da qual fizeram parte elementos da escola de enfermagem da PLU e elementos da instituição de saúde em causa. Esta equipa de implementação teve como objetivos primordiais, para além de outras coisas, estabelecer metas comuns para as equipas de enfermagem, para os EE e para a escola de enfermagem da PLU, num esforço coletivo de identificação de necessidades e de estratégias, tanto do ponto de vista académico, como da prática clínica. Depois de tomada a decisão, uma unidade de 84 camas com dois pisos, um para doentes do foro médico-cirúrgico e outro para doentes oncológicos, foi escolhida para o projeto. Os três enfermeiros especialistas da unidade, para além de trabalharem com a equipa e de prestarem cuidados aos doentes, também trabalhavam com os EE, numa lógica de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e ao mesmo tempo a qualidade do ensino na prática clínica, sendo que um dos enfermeiros mencionados era elemento de ligação com o projeto. Por outro lado, um professor da escola de enfermagem, com especialidade e doutoramento, passava quatro dias por semana na DEU, ensinando os EE, num rácio de 10 EE do Curso de Bacharelato (dos 3º e 4º anos) e 1 EE do Curso de Mestrado, servindo também, como recurso para a equipa de enfermagem (Miller, 2005).

Desde o início que o papel de cada elemento, professor, enfermeiros especialistas e enfermeiros da equipa foram definidos, de forma que ficassem bem claros para todos. O professor providencia orientação para os EE, de forma a facilitar os objetivos educacionais, assiste os EE na realização de atividades relevantes, esclarece os enfermeiros do serviço quanto aos objetivos educacionais, colabora com estes nas atividades que os EE têm de realizar, avalia os EE em colaboração com os enfermeiros do serviço e assiste o CPC na implementação da DEU. Os enfermeiros especialistas

transferem as orientações dadas pela escola para a DEU, orientam os EE, asseguram a comunicação adequada entre a escola e a equipa de enfermagem da unidade e, também, colaboram com o CPC na implementação do projeto. A equipa de enfermagem recebe os EE como membros da equipa, promove espírito crítico nos EE e a capacidade para a resolução de problemas, através do questionamento reflexivo e, se necessário, supervisionam o desempenho dos EE, podendo partilhar com o professor da escola os critérios de avaliação dos EE. De uma forma geral, o professor e o enfermeiro especialista de ligação partilham a responsabilidade de orientarem e promoverem o desenvolvimento dos EE e dos enfermeiros da equipa. Os EE e a escola passaram a ser encarados como uma mais-valia e não como um estorvo (Miller, 2005, p. 172).

O envolvimento da escola de enfermagem da PLU evidenciou-se não só através dos professores da prática, mas também de outros professores. Várias reuniões e encontros de avaliação do processo de implementação da DEU foram agendados no hospital, com uma frequência trimestral ou maior, consoante as necessidades. Da mesma forma, também foram-se realizando reuniões mensalmente ou com maior frequência, entre o professor da escola e os enfermeiros especialistas. No fim de cada ano letivo realizou-se uma reunião geral com todos os elementos dos grupos de implementação e do grupo de suporte da DEU. Os resultados da implementação da DEU pela Escola de Enfermagem da PLU em 2003 foram bastante positivos em todos os aspetos, quer para a própria escola, quer para o hospital em causa, verificando-se que a qualidade dos cuidados prestados aos doentes aumentou, assim como a qualidade do ensino/aprendizagem proporcionado aos EE (Miller, 2005).

Mulready-Shick et al. (2009) fazem referência à implementação de duas DEU, como resultado de parcerias celebradas entre o College of Nursing and Health Sciences da Universidade de Massachusetts Boston com duas instituições de saúde. Esta parceria surgiu a partir do convite feito pela escola de enfermagem às duas instituições e o modelo foi criado para fomentar a colaboração interinstitucional ao nível de recursos, conhecimentos e experiências, de forma a existir reciprocidade, intercâmbio e partilha entre a escola e os CPC. Os enfermeiros dos dois CPC que manifestaram interesse em participar no projeto, deram conhecimento aos respetivos enfermeiros chefes e submeteram-se a um programa alargado de preparação para orientação de EE em EC. A supervisão clínica direta dos EE ficou a cargo dos enfermeiros orientadores, sendo que os professores ficaram com as funções de coordenar, educar e apoiar os primeiros no processo de orientação dos EE em EC.

Segundo os autores, as relações entre os vários intervenientes foram incrementadas, entre EE e enfermeiros dos CPC, entre os enfermeiros e os professores, entre estes e os enfermeiros chefes e, de uma forma geral, entre a escola e as instituições de saúde envolvidas. Este incremento traduziu-se em várias ações, entre as quais o facto de professores, enfermeiros, enfermeiros chefes e EE, juntos, terem identificado necessidades de melhoria da qualidade ao nível dos dois CPC. A partir deste primeiro diagnóstico os EE realizaram trabalhos de pesquisa acerca das boas práticas relativamente às situações problema identificadas, tendo-os depois apresentado às respetivas equipas, dando início ao desenvolvimento de projetos de melhoria nas áreas em causa, ficando estabelecido que os temas continuariam a ser trabalhados pelos colegas dos grupos seguintes, tendo em vista a continuidade dos projetos iniciados.

Na fase inicial da implementação do projeto, Mulready-Shick et al. (2009) referem a criação do grupo de suporte da DEU o qual, para além de monitorizar a implementação do projeto, tinha como meta promover o desenvolvimento de competências, tanto nos EE como nos enfermeiros, ao nível da segurança e da qualidade dos cuidados. Este grupo de suporte também conduziu um estudo piloto para avaliação do 1º semestre da implementação das duas DEU, tendo como sujeitos os enfermeiros orientadores e os EE. Os resultados desta primeira avaliação foram considerados bastante positivos a vários níveis, entre os quais o acolhimento e atitude da equipa dos dois CPC, ao nível da segurança do doente, ao nível do cuidado centrado no doente e família e, globalmente, ao nível da qualidade dos cuidados prestados, sendo referida a existência de mais e melhores oportunidades de aprendizagem, assim como, o fortalecimento da parceria.

Murray e James (2011) relatam outro exemplo de adaptação da DEU nos EUA, entre a Saint Louis University School of Nursing e o Mercy Hospital, Saint Louis (Missouri), concebendo a DEU como uma forma de os enfermeiros do hospital se integrarem no processo de ensino aprendizagem dos EE, de aumentar a qualidade dos *preceptores* ou orientadores clínicos e de os professores da escola serem orientadores, tanto dos EE como dos enfermeiros do hospital. Segundo as autoras, o objetivo é que as instituições envolvidas trabalhem juntas no sentido de criarem um CPC favorável à aprendizagem dos EE e, ao mesmo tempo, que vá ao encontro das metas da organização hospitalar no que respeita aos doentes e à equipa de profissionais.

O projeto de planeamento e de implementação da DEU teve vários elementos considerados fatores chave aos vários níveis das duas organizações. Foram considerados

os recursos humanos disponíveis, assim como, os custos financeiros e os fatores associados à produtividade. Várias atividades foram implementadas ao nível interinstitucional, das quais destacámos a seleção de *precetores* e a criação de programa de formação específico para os mesmos, preparação e orientação dos EE e criação de um modelo de governação da DEU, com a formação de um grupo responsável pela sua implementação e avaliação. Foram também definidos os *outputs*, os critérios de avaliação dos resultados e do impacto da DEU. Ambas as instituições verificaram que juntas poderiam obter resultados que não seriam possíveis alcançar sem a parceria estabelecida. A escola pretendia formar EE com experiências clínicas de qualidade, o hospital pretendia acesso a forma de recrutamento de enfermeiros recém-formados de qualidade. Outro aspeto referido por Murray e James (2011) como importante para o sucesso do projeto foi o facto de ambas as instituições serem católicas e partilharem os mesmos valores e a mesma missão.

Os resultados revelaram-se positivos a vários níveis, tais como, na adaptação dos EE ao EC, na integração do pessoal de enfermagem no processo de ensino/aprendizagem dos EE e na sua capacidade de orientação em EC. A avaliação global realizada pelas duas instituições foi bastante positiva ao nível da consecução dos objetivos da parceria, ao nível dos objetivos de cada uma das instituições, assim como, ao nível das competências desenvolvidas por cada um dos parceiros e da harmonia existente entre cada uma das organizações. Nesta perspetiva, através da avaliação realizada, considerou-se que os objetivos iniciais da parceria, como a promoção da integração dos EE no CPC e a integração dos enfermeiros no processo de ensino/aprendizagem, tinham sido plenamente atingidos. Em termos dos ganhos conseguidos ao nível da aprendizagem dos EE, considerou-se que com este modelo, os EE ficavam melhor preparados ao nível da integração na equipa, da confiança no CPC, do estabelecimento de prioridades, do desenvolvimento de competências, do desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e da tomada de decisões (Murray et al., 2011; Murray e James, 2011).

O estudo de Mullenbach e Burggraf (2011) incidiu sobre a implementação da DEU (designada por estes autores por Dedicated Learning Unit – DLU) pela escola de enfermagem da Radford University (Virgínia-EUA), no contexto de cinco unidades de cuidados continuados de longa duração. O propósito subjacente à implementação do modelo foi integrar os EE na experiência deste tipo específico de cuidados e de unidades, através do intercâmbio de conhecimentos e experiências, como consequência

da parceria. A partir desta intenção inicial foram definidos objetivos, assim como, as estratégias com vista à sua consecução, que incidiram sobretudo em aspetos muito concretos do âmbito da melhoria global da qualidade dos cuidados, onde se incluíram projetos de melhoria iniciados pelos EE perante necessidades de intervenção identificadas, como a higiene oral dos residentes e as atividades de estimulação cognitiva. No modelo implementado os *precetores* eram responsáveis por todo o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados aos residentes e pela supervisão dos EE, tendo a expectativa de promoverem neles o pensamento crítico-reflexivo e a capacidade de resolução de problemas. Os professores eram responsáveis pela orientação e avaliação dos EE em colaboração e, também, pela orientação dos *precetores*, sobretudo, na clarificação dos objetivos educacionais.

As autoras consideraram os resultados da implementação do projeto bastante positivos, dos quais destacamos: (i) a criação de oportunidades de aprendizagem em contexto de cuidados continuados de longa duração; (ii) a promoção do desenvolvimento das competências dos EE ao nível da realização de procedimentos, da comunicação, da maior compreensão dos idosos e das suas necessidades, assim como, da identificação de incidentes críticos; (iii) o facto de os EE se terem sentido mais à vontade no CPC; (iv) a promoção da qualidade de vida dos residentes, tendo-se constatado a satisfação destes com a atenção e o cuidado facultado pelos EE; (v) a promoção da colaboração entre a escola e os CPC na melhoria dos cuidados, na formação dos enfermeiros e na prevenção de lacunas ou défices nos cuidados; e (vi) a promoção da formação dos *precetores*, que se sentiram estimulados pelos EE e pela experiência da orientação, sendo que alguns sentiram-se mais motivados a investirem na sua formação profissional e académica.

Dyess et al. (2010) referem-se a um trabalho de investigação acerca de um projeto de implementação de DEU, numa parceria entre a escola de enfermagem da Florida Atlantic University e uma instituição de saúde, tendo como aspeto central do modelo a adoção de uma teoria do cuidado por ambas as instituições. O modelo teve como principal objetivo articular EE de vários níveis de ensino, licenciatura, mestrado, doutoramento, com enfermeiros peritos, enfermeiros chefes e professores, na recriação da prática de enfermagem com base numa teoria do cuidado. Depois de identificada a teoria e durante um período aproximado de quatro meses antes da implementação da DEU, foram promovidas reuniões semanais com os enfermeiros da equipa para o diálogo e a reflexão relativamente às suas conceções e vivências acerca do cuidado de

enfermagem. A partir das primeiras reflexões, o grupo inicial de enfermeiros discutiu as suas expectativas acerca do projeto, assim como, a sua compreensão acerca dos conceitos teóricos e as possíveis linhas orientadoras da sua atuação. Foi também criado um grupo de suporte do projeto, liderado pelo enfermeiro diretor do hospital e o diretor da escola de enfermagem e composto também por outros elementos, entre os quais o diretor do serviço e o coordenador do projeto. Este último elemento era um enfermeiro com doutoramento que servia de elo de ligação entre todos os membros do projeto, numa coordenação diária das várias atividades durante a implementação, no sentido da promoção da compreensão dos princípios do modelo teórico adotado. Para além dos elementos da equipa de enfermagem e dos EE, a DEU contava como principais intervenientes os *mentores*, os quais eram enfermeiros peritos que orientavam diretamente os EE, e um professor da escola de enfermagem, que era responsável por coordenar e avaliar os EE em EC, em colaboração com os *mentores*. Semanalmente, realizavam-se reuniões para partilha de reflexões com base nos relatos de situações clínicas, escritos pelos EE e enfermeiros, permitindo verificar de que forma o cuidado estava ser experienciado.

Dyess et al. (2010) consideraram que os principais resultados estiveram relacionados com as mudanças no CPC, sobretudo, ao nível da formação pessoal e profissional dos elementos da equipa e ao nível da qualidade dos cuidados prestados. As autoras consideraram que o projeto uniu os pontos fortes do CPC e da escola que resultaram numa dinâmica de *“recriação, transformação e compreensão alargada da teoria ligada à prática de enfermagem”* (Dyess et al., 2010, p. 502).

O estudo de Grealish et al. (2010) incidiu na implementação da DEU em quatro lares de idosos em Canberra na Austrália. As conclusões do estudo revelaram que os membros das equipas dos lares consideraram a presença dos EE como uma mais-valia para os CPC, em virtude da atualização dos conhecimentos e do questionamento das práticas, considerando que com a colaboração da universidade era possível discutir as práticas e partilhar novos conhecimentos, constatando que isso seria difícil sem a implementação da DEU. Por outro lado, as equipas consideraram que este modelo proporcionava também uma forma de investimento no futuro, uma vez que o facto de os EE realizarem EC nos lares os sensibilizava, motivava e preparava para a assistência à pessoa idosa. As autoras consideraram que os benefícios foram mútuos, ou seja, tanto para os EE como para os membros das equipas.

No que respeita à “*Collaborative Learning Unit*” (CLU,) como já foi referido anteriormente, surgiu tendo por base o conceito da DEU desenvolvida, implementada e pesquisada na Austrália, tendo surgido em 2003 por iniciativa da Escola de Enfermagem da Universidade de Victória e do Vancouver Island Health Authority no Canadá. Podemos constatar que a CLU é considerada um modelo de educação em prática clínica, alternativo ao modelo de *preceptor/mentor* no Canadá, tendo sido considerada “*uma unidade onde todos os membros da equipa com os EE e a universidade trabalham juntos para criar um contexto de aprendizagem positivo e para prestarem cuidados de enfermagem de elevada qualidade*” (Lougheed e Ford, 2005, p. 2).

Na CLU os EE aprendem num determinado contexto da prática de forma que cada um, individualmente, crie e faça o plano da sua própria aprendizagem comunicando-o à escola e à equipa de enfermagem da unidade, implementando-o, dando-se assim relevo à responsabilidade do EE na condução do seu processo de aprendizagem. Enquanto a equipa da unidade e a escola de enfermagem trabalham em colaboração para ajudar os EE na sua aprendizagem e para promover um elevado nível na qualidade dos cuidados, este modelo garante uma independência dos EE que, segundo Lougheed e Ford (2005), os ajuda na inserção no mercado de trabalho. Para além disso, a CLU diminui a discrepância entre as expectativas a nível académico e as expectativas a nível da prática, ou seja, diminui o fosso teoria-prática, ao mesmo tempo que todos os intervenientes (professores, enfermeiros e EE) juntos procuram aumentar e desenvolver o conhecimento da enfermagem como profissão.

Lougheed e Ford (2005) comparam a CLU com o modelo de formação utilizado nos programas de formação contínua para os enfermeiros dos hospitais, referindo-os como muito semelhantes, com a diferença que os EE não são utilizados como mão-de-obra extra para satisfazer necessidades de recursos humanos. A orientação dos EE não é só assegurada pelos professores, mas também pelos enfermeiros que idealmente devem ser enfermeiros que se dedicam também à investigação.

Os pressupostos subjacentes ao modelo de CLU são o valor profissional da coaprendizagem, assim como a aprendizagem ao longo da vida, e os principais fins são: (i) criar um contexto positivo de ensino/aprendizagem para todos os intervenientes, quer sejam professores, enfermeiros ou EE; (ii) providenciar uma educação prática de qualidade aos EE, de forma a prepará-los melhor para o mercado de trabalho; e (iii) diminuir a excessiva carga de trabalho dos enfermeiros observada no modelo de

preceptor/mentor. Para além disso, o modelo de CLU foi desenhado também com vários outros objetivos, tais como: (i) providenciar elevada qualidade nas experiências clínicas dos EE; (ii) complementar a função de *preceptor/mentor*, e não substituí-la; (iii) maximizar a aprendizagem clínica dos EE e assegurar que todos eles adquirem todas as competências clínicas requeridas; (iv) melhorar a *performance* dos EE sob o ponto de vista prático, “*construindo as competências da aprendizagem autodirigida*”; (v) estabelecer a ponte entre as expectativas académicas e práticas; e (vi) melhorar a colaboração entre os professores e os enfermeiros dos contextos da prática (Lougheed e Ford 2005, p. 3).

Lougheed e Ford (2005) acrescentam mais algumas vantagens, como a criação de oportunidades de investigação para a escola de enfermagem, para os enfermeiros das instituições de saúde e para os EE, no sentido de melhorar a prática baseada na evidência, melhorar a eficácia do sistema de saúde através da promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, envolver outros profissionais de saúde, providenciando uma oportunidade para educação interprofissional, e estimular a participação dos enfermeiros das instituições de saúde no ensino/aprendizagem em parceria, promovendo também a sua aceitação relativamente à complexidade e, sobretudo, à mudança. Neste contexto, constata-se que é de primordial importância o tipo de relacionamento estabelecido entre os vários intervenientes – “*A mudança é possível quando cada participante está familiarizado com os objetivos do novo modelo, a necessidade de colaboração e com as suas próprias funções e responsabilidades no modelo*” (Lougheed e Ford 2005, p. 4).

As autoras enumeram uma série de aspetos que consideram fundamentais, como:

- A necessidade de dotar de informação adequada as instituições de saúde e as instituições de ensino envolvidas, de forma que exista uma visão comum acerca do ensino em prática clínica e que ambas tenham a mesma compreensão do conceito da CLU e das implicações da sua implementação; a este respeito é referido que é ao nível administrativo, ou seja, ao mais alto nível das instituições envolvidas, que o plano de implementação/avaliação deve ser desenvolvido e revisto;

- Clarificação das funções dos EE, enfermeiros e professores, através da elaboração de um guia, a partir do qual cada unidade poderá construir a sua própria forma de trabalhar em conjunto; a comunicação é considerada um ponto-chave na função de qualquer um dos intervenientes; aos EE compete aprender, eles são considerados os *experts* da sua própria aprendizagem e, através da comunicação, terão

de demonstrar competências dentro da área do saber e da tomada de decisões, do seu modo de ser enfermeiros e da sua habilidade de prestar cuidados de qualidade no contexto da sua aprendizagem; quanto aos enfermeiros deverão ser responsáveis pela perícia clínica, ou seja, deverão tomar decisões que promovam um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados, são considerados os *experts* sob o ponto de vista clínico e através da comunicação deverão partilhar os seus conhecimentos e perícia, dando *feedback* aos EE e aos professores (sobre os EE), e devendo falar sobre as suas próprias experiências da prática, de forma a promover a aprendizagem; os professores devem ser os guias, os orientadores do ensino/aprendizagem, mas em parceria, e deverão comunicar acerca do desempenho dos EE, com estes e com os enfermeiros da unidade, avaliando os progressos realizados;

- Estabelecimento dos horários e permanência dos EE na unidade, que devem ser planeados de acordo com o tempo requerido para estudo e reflexão, podendo ser adaptados às situações específicas e pessoais de cada EE, de forma a favorecer a aprendizagem;

- Planeamento personalizado da aprendizagem dos EE em conjunto com o professor, de forma que os EE selecionem as suas oportunidades de aprendizagem baseados nesse plano, o qual deve ser comunicado aos enfermeiros do serviço e deve ser revisto regularmente e reformulado sempre que necessário, de acordo com a orientação dada pelo professor;

- Relacionamento entre o professor e a equipa, em que o professor terá de permanecer o tempo suficiente na unidade, sobretudo no início da implementação do modelo, de forma a estabelecer a ligação com todos os membros da equipa e a dar esclarecimentos quanto ao papel que cada um tem a desempenhar, tendo em conta a cultura e o contexto de cada unidade; o ideal será que, após algum tempo, o professor seja visto como um elemento da equipa; também é sugerido que exista um *website* onde professores e EE possam discutir as experiências da prática clínica;

- Preparação para o modelo de CLU, tanto dos EE, como da equipa de enfermagem e dos professores da escola, em que várias estratégias terão de ser utilizadas, desde encontros, discussões em grupo, de forma que a informação chave passe para os vários intervenientes; a este respeito é sugerido que na fase que antecede a implementação da CLU, elementos de outras universidades que já tenham tido experiência com o modelo possam participar nestas sessões informativas;

- Criação de um grupo de trabalho, designado de grupo de suporte, cuja função é assistir em todo o processo de implementação da CLU e, conseqüentemente, fazer uma avaliação contínua do mesmo; para isso deverá reunir-se regularmente, pelo menos uma vez antes da implementação e duas a três vezes por cada período de dezoito semanas de EC, de forma a promover um amplo debate e maior compreensão do modelo e das suas implicações para a prática de enfermagem; idealmente deveria ser composto por um enfermeiro representante de cada unidade onde a CLU estivesse a ser implementada, um EE e um professor de cada unidade, um representante dos enfermeiros chefes das CLU, um representante dos enfermeiros orientadores e, ainda, outros elementos considerados relevantes, tanto da instituição de saúde como da escola;

- A avaliação como elemento importantíssimo e parte integral do modelo, devendo ser planeada de forma a refletir as melhores práticas e as estratégias para a melhorar (Lougheed e Ford 2005, p. 5 a 8).

Lougheed e Ford (2005) referem que o facto de se partir para a implementação da CLU, reúne pessoas com diferentes perspetivas na persecução de um objetivo comum que é criar um contexto positivo para o EC, o que requer de cada pessoa a assunção de determinados valores e crenças, de forma a abrir caminhos para o saber, saber-fazer e saber ser. No entanto, as tensões e os conflitos são inevitáveis, pelo que exige de cada interveniente abertura à mudança e uma atenção considerável aos padrões de comunicação estabelecidos.

Callaghan et al. (2009) realizaram um estudo de avaliação relativamente à CLU e ao modelo de *precetoria*, em que propuseram aos EE, os sujeitos do estudo, que descrevessem em que é que cada um dos modelos os preparou melhor para serem enfermeiros. Os dados revelaram que os EE consideraram que a CLU lhes permitiu trabalhar com mais profissionais, aprendendo a trabalhar através de várias maneiras, como membro da equipa e de uma forma que consideraram mais autónoma, uma vez que eram responsáveis por articularem as suas necessidades de aprendizagem com as oportunidades que o CPC lhes oferecia. Os EE consideraram ainda que o modelo lhes permitiu apoderarem-se da prática e tornarem-na mais sua, através da reflexão acerca das suas práticas e das práticas dos enfermeiros com quem trabalharam. Quanto ao modelo de *precetoria*, os EE consideraram que o *precetor* funcionou como modelo para a sua prática, numa relacionamento assente na confiança e no *feedback* providenciado, o que lhes permitiu consolidar mais a sua prática. Perante os resultados Callaghan et al. (2009) consideraram que ambos os modelos promoviam a aprendizagem e o

desenvolvimento das competências profissionais, embora de uma forma complementar entre si, concluindo por isso que seriam ambos necessários, apesar da necessidade de continuar a pesquisar sobre os mesmos.

Maguire et al. (2012) referem-se à implementação do *Clinical Collaborative Model (CCM)* em 2001, entre o College of Nursing da Universidade do Sul da Flórida e os Hospitais de Tampa Bay, como um modelo com algumas características semelhantes à DEU. A implementação do modelo também foi precedida de várias reuniões e discussões a nível interinstitucional durante um período de 4 a 6 meses.

Maguire et al. (2012) referem-se às características principais do modelo, como o facto de os EE realizarem os seus EC numa única organização, promovendo uma melhor adaptação dos mesmos à cultura organizacional, o que aumenta a sua segurança e favorece a aquisição de competências. Por outro lado, os hospitais envolvidos aproveitam esta oportunidade para recrutarem mais facilmente pessoal de enfermagem, a partir dos EE que realizaram os EC nesses CPC e que terminaram o seu curso.

Neste modelo os EE numa primeira fase têm oportunidade de escolher, dentro da parceria estabelecida, o local onde querem realizar o EC, a partir de uma ação de divulgação e promoção feita pelos representantes de cada instituição que fazem a apresentação da mesma indicando os motivos pelos quais a respetiva instituição pode ser uma boa escolha. No final, cada equipa ou serviço recebe 12 EE do 2º ano do curso de enfermagem. Antes do EC ter início, ambas as instituições em conjunto, identificam e seleccionam os *preceptores* para cada EE. Cada *preceptor* só tem a seu cargo 1 EE, mas cada EE pode ter mais do que 1 *preceptor*. Os professores estão sempre nos CPC para trabalharem com os *preceptores* e com os EE, sendo que a escola providencia formação apropriada e regular para os *preceptores* que, no final de cada semestre, são avaliados pelos EE e pela escola através de instrumento próprio. A escola nomeia um professor, para ser coordenador de equipa, que tem a função de fazer a ligação com entre as duas instituições. Também foram estabelecidas as contrapartidas tanto económicas, como de outro tipo, como por exemplo créditos em formação. Os autores consideraram que os benefícios deste modelo centraram-se na melhoria da qualidade do ensino, na maior aproximação entre as instituições envolvidas e na possibilidade de os EE se familiarizarem com as instituições hospitalares fortalecendo o vínculo e a relação após o fim do curso.

Partindo dos modelos baseados na DEU, Teel et al. (2011) realizaram investigação acerca de três modelos de colaboração escola/CPC implementados nos

EUA, considerados inovadores, como o CCM (referido anteriormente por Maguire et al., 2012), o WINNER⁵ e o *Second Degree BSN*⁶. Nestes modelos a predominância é do modelo de educação de preceptor/mentor, sendo que uma das principais características é o tipo de parceria estabelecida entre as instituições de ensino e as instituições de saúde. Os resultados da investigação realizada permitiram identificar em todos os modelos quatro temas emergentes: inter-relações de suporte, preparação adequada, flexibilidade e comunicação (Teel et al., 2011, p. 368). O primeiro tema identificado refere-se ao relacionamento estabelecido entre os EE, os professores e os *preceptores*, entre os EE e a escola e a instituição de saúde, e ao relacionamento entre as instituições envolvidas, tendo os autores considerado que foi fundamental para o sucesso da implementação dos modelos e para a inovação. Na preparação adequada os autores referem-se não só à preparação dos EE para a prática clínica, mas também, à preparação dos *preceptores* para a orientação dos EE, assim como, ao reconhecimento da sua função e às estratégias de compensação, podendo ser económicas ou outras. A flexibilidade foi considerada um elemento chave para a inovação, no sentido de que era importante para a adaptação às necessidades de cada uma das organizações e introdução das mudanças respetivas durante o processo de implementação, quando surgiam dificuldades ou barreiras, requerendo abertura e uma cultura organizacional propícia à mudança. A comunicação também foi considerada fulcral, no sentido de que a necessidade de manter todos os intervenientes adequadamente informados era fundamental e exigia um sistema de comunicação forte e regular, consistindo em reuniões entre os responsáveis das instituições envolvidas, em reuniões entre EE, professores e *preceptores*, na aposta no desenvolvimento das competências de comunicação dos EE, e na utilização de variadas estratégias para promover a informação entre todos, como a impressão de documentos, entrevistas (EE, *preceptores*), *web sites*, correio eletrónico, questionários, entre outras.

Teel et al. (2011) consideram que a DEU e os três modelos inovadores sobre os quais investigaram promoveram o fortalecimento das relações entre os EE e os *preceptores* e restante equipa dos CPC. Para além disso, as parcerias estabelecidas nos três modelos analisados permitiram ganhos ao nível do aumento da disponibilidade de locais para EC, ao nível dos rácios professor/EE, assim como ao nível do relacionamento entre professores e os CPC e entre as instituições envolvidas. Também Raines (2009) se refere a uma experiência de parceria no âmbito do *Second Degree*

⁵ Workforce Increases in Nurses and Nursing Faculty Excellence in Resource Collaboration Project.

⁶ Second Degree Baccalaureate Nursing Degree Program.

BSN, como bastante positiva e potenciadora não só do desenvolvimento de competências nos EE, mas também na grande articulação entre a escola e o CPC.

Noutros contextos, a promoção da articulação interinstitucional e a “dedicação” dos CPC à educação, ocorre através da criação de raiz de uma instituição de saúde com o objetivo de ser uma instituição de ensino. Como exemplo dessa experiência apontamos o Hospital Universitário (HU) da Universidade de S. Paulo (USP) acerca do qual obtivemos dados através da realização de entrevista, em Setembro de 2010, à diretora de enfermagem nessa altura, cuja transcrição consta no Anexo II. No HU o diretor de enfermagem é um professor da USP e os funcionários do hospital também pertencem à universidade, sendo que os EE são sempre vistos como parte da equipa de saúde. Os enfermeiros colaboram no ensino, orientando os EE, podendo colaborar também na lecionação, sobretudo, dentro do próprio hospital. Este processo desenvolve-se em conjunto com os professores da USP que, para além da sua atividade na Escola de Enfermagem da USP, orientam os EE no HU, partilhando a responsabilidade dos EE e dos doentes com os enfermeiros. Estes, por sua vez, têm de apostar na sua formação pós-graduada, tanto a nível de especialização, como de realização de mestrado e doutoramento, sendo que os que ocupam cargos de chefia têm de ter, pelo menos o mestrado. Esta circunstância cria vínculos com os docentes, constatando-se que os enfermeiros são muito estimulados a participarem nos grupos de pesquisa, colaborando com os professores nas linhas de investigação existentes. Esta experiência é muito ilustrativa dos aspetos que podem fazer toda a diferença e que podem contribuir para a promover uma verdadeira articulação entre escola/CPC, zelando, simultaneamente pela qualidade do ensino e pela qualidade dos cuidados (Silva, 2010).

Em Portugal não existe um modelo com a designação de unidade dedicada à educação, mas na década de cinquenta do século XX, foi relatado o aparecimento das “*Enfermarias-Escola*” nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), cujo objetivo era criar condições consideradas ideais para o “*estágio*”, na altura, das “*alunas*” (Vieira, 2007). Os elementos que integravam os órgãos de direção e administração da escola em causa eram os mesmos dos HUC.

A responsabilidade da assistência aos doentes das “*Enfermarias-Escola*” era da escola (Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca), sendo que a chefia das enfermarias estava a cargo dos “*monitores da escola*” (Salgueiro, 1999, p. 82). Neste contexto, a escola procurava remodelar os serviços, implementando todas as alterações na estrutura, equipamento e no funcionamento geral do serviço para que este possuísse

as condições necessárias à realização do “estágio” e que, de certa forma, também iriam contribuir para aumentar a qualidade dos cuidados prestados. Acerca destas remodelações Carvalho (1954) relata: *“Tem a escola presentemente a seu cargo 150 doentes internados [...]. Foram [...] feitas modificações, limpezas e adaptações nas enfermarias-escolas, tais como: [...] colocar luzes e campainhas individuais, suspender varões para isolar cada doente com cortinas de correr, [...] canalização e retificação de águas quentes e frias, [...]. Confeccionou-se roupa apropriada para doentes. [...] Foram também remodelados diversos impressos [...]. Confia-se a Direção desses serviços a Enfermeiras da Escola de Enfermagem de São Vicente Paulo. [...] Começa de facto a sentir-se grande influência dos serviços escolares no ambiente geral dos HUC [...].”* (Carvalho, 1954, p. 9).

Segundo Salgueiro (1999) os benefícios foram mútuos, pois a escola tinha CPC apropriados para o EC e o hospital tinha serviços que constituíam uma referência e eram modelos para as restantes unidades do hospital. Para além da orientação realizada pelos professores da escola, os EE podiam contar também com a colaboração de colegas que se encontravam num estágio de aprendizagem mais avançado. Também, numa fase posterior, estas enfermarias foram recebendo para as suas equipas outros enfermeiros, para além dos docentes. Salgueiro (1999) realça o papel relevante que estes serviços tiveram a nível do ensino de enfermagem e na melhoria da qualidade dos cuidados – *“neste sentido, serviram como ‘laboratórios clínicos de enfermagem’; por outro lado, funcionaram como modelos para os restantes serviços hospitalares”* (Salgueiro, 1999, p. 86).

Conclusão

Da revisão sistemática realizada concluímos que a articulação interinstitucional exige vontade, determinação, planeamento, protocolo escrito, e meios de regulação e avaliação. As dificuldades centram-se na falta de comunicação entre a escola e os CPC, na diferença entre os modelos conceptuais acerca da enfermagem, na falta de preparação dos enfermeiros orientadores e no excesso de carga de trabalho dos mesmos. Como fatores facilitadores da articulação identificamos a adequada comunicação professor/equipa de enfermagem, a presença do professor no CPC, assim como, a existência de formações conjuntas com professores, enfermeiros orientadores e restantes enfermeiros. Evidenciou-se a necessidade de uma maior aproximação entre as escolas e

os CPC, com a importância de existir convergência no que respeita à formação, e de envolvimento recíproco dos profissionais de ambas as instituições na promoção da aprendizagem dos EE e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Também a necessidade dos CPC serem serviços de referência em termos da qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de competências dos EE em EC é influenciado por fatores relativos ao próprio, pelo processo de orientação e de avaliação, e pelos contextos onde os EC decorrem. Como fatores dificultadores salientamos o medo, os sentimentos de insegurança e os níveis de ansiedade dos EE, assim como, as discrepâncias teoria/prática, a falta de comunicação escola/CPC, as características inadequadas dos CPC, a falta de acolhimento da equipa, e a falta de preparação dos enfermeiros orientadores. Como fatores facilitadores, para além das características individuais, realçamos o acolhimento dos CPC e as estratégias pedagógicas adotadas, sobretudo, a promoção da reflexão. As propostas apontaram para a melhoria da comunicação entre professores e enfermeiros orientadores, para a orientação em parceria e para a adequação das condições dos CPC e preparação dos enfermeiros orientadores.

Quanto aos aspetos favorecedores dos processos de supervisão em EC, destacamos a promoção da reflexão conjunta (professores, enfermeiros e EE), a utilização de estratégias pedagógicas promotoras da reflexão dos EE, e a colaboração entre o professor e o enfermeiro orientador. No que respeita às dificuldades nos processos de supervisão, realçamos a clivagem teoria/prática, as dificuldades de comunicação entre a escola e os CPC, divergências de orientação dos EE, a presença pouco frequente do professor nos CPC, a ausência de definição de papéis entre os orientadores clínicos, os focos de tensão entre enfermeiros orientadores e os restantes elementos da equipa de enfermagem, e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros orientadores. Das propostas destacamos a necessidade de maior envolvimento de todos os intervenientes, de definição do perfil de enfermeiro que se quer formar, maior definição de papeis entre os orientadores clínicos, e adequação dos rácios professor/EE e enfermeiro orientador/EE.

As competências dos orientadores clínicos que foram abordadas incidiram mais nas relativas aos enfermeiros orientadores e centraram-se em competências pessoais, profissionais e pedagógicas. O enfermeiro orientador deve demonstrar interesse pela orientação dos EE, abertura para aprender, capacidade para criar um ambiente favorável à aprendizagem e para se adaptar à mudança, e desenvolvimento das suas competências

relacionais. Deve possuir conhecimentos científicos e técnicos, ser experiente e competente, e ter uma prática baseada na evidência. A preparação e experiência de âmbito pedagógico são fundamentais, assim como o conhecimento acerca do preconizado pela instituição de ensino quanto à orientação dos EE. Fundamental o estabelecimento de uma prática segura para o doente e para o estudante. Os enfermeiros orientadores, apesar de considerarem que a orientação promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional, sentem-se pouco preparados para a função, que o ambiente dos CPC é pouco favorável à formação dos EE, e que existe falta de reconhecimento do seu trabalho. As propostas incidiram essencialmente na formação, seleção e avaliação adequadas dos enfermeiros orientadores.

Depreendeu-se a importância de existir sintonia e envolvimento entre as instituições, sendo que experiências e estudos realizados noutros países confirmam que os processos de articulação interinstitucional podem ser incrementados quando existem projetos planeados e concertados de criação ou de transformação de serviços/instituições de saúde em UDEE. Assim, as DEU constituem um projeto inovador de parceria entre as escolas e as instituições de saúde, desempenhando um papel importante no fortalecimento dos laços entre os enfermeiros dos CPC e os professores das escolas. Os estudos de implementação do modelo em vários países revelaram que as DEU permitiram a exploração dos recursos e das oportunidades dos CPC, a minimização das barreiras de articulação interinstitucional, e a melhoria do ensino e dos cuidados. Também, as experiências relacionadas com as “*Enfermarias-Escolas*” em Portugal e com o HU na USP são ilustrativas dos aspetos que podem promover a articulação interinstitucional, a qualidade do ensino e dos cuidados.

PARTE 2

TRABALHO DE CAMPO

1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O presente trabalho consiste num estudo exploratório descritivo, tal como referido por Fortin (1999; 2009), uma vez que o seu objetivo principal consistiu na descrição do processo de tentativa de transformação de uma Unidade de Cuidados de Saúde (UCS) já existente numa Unidade Dedicada à Educação (UDE), assim como, na determinação dos resultados obtidos através desta transição.

Dentro do estudo descritivo foi feito estudo de caso. Como refere Yin, o estudo de caso permite a compreensão das “*características holísticas e significativas de eventos da vida real*” (Yin, 2010, p. 24), através da investigação em profundidade de um fenómeno no seu contexto de vida real, sobretudo, se as fronteiras entre o fenómeno e o contexto são pouco definidas, aspeto que também é referido por outros autores, como Amado (2010).

Tendo por base as questões de investigação e o referido por Yin (2002; 2010) quanto aos tipos de estudo de caso, consideramos o nosso estudo no âmbito do estudo de caso único com várias unidades de análise, mais especificamente, 5 UCS/Serviços do HP, onde decorreram os EC A e B (designações fictícias) do CLE, enquanto CPC, sendo que o estudo se reporta aos anos letivos 2009-2010 e 2010-2011.

Segundo Yin (2002; 2010) nos estudos de caso os dados devem ser recolhidos a partir de várias fontes de informação, com o objetivo de aumentar o grau de evidência. Segundo o autor, o recurso a múltiplas fontes de evidência é uma dos pontos fortes do estudo de caso, referindo-se à importância da triangulação de dados (Yin, 2002, p. 97).

Nesta perspetiva, o estudo compreendeu 2 fases: a primeira correspondente à fase exploratória e a segunda correspondente ao trabalho de campo estruturado a partir dos dados colhidos na fase anterior. Em ambas as fases foram solicitadas as autorizações necessárias, quer individuais quer institucionais (ver Anexo III), para a realização das recolhas de dados que descrevemos a seguir.

O objetivo principal da fase exploratória foi obter dados preliminares que contribuíssem para a compreensão das razões subjacentes à assinatura do protocolo de colaboração entre o Centro Regional do Porto da UCP e a Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) (entidade titular do HP) e, mais especificamente, dos seus reflexos ao

nível da parceria entre o ICS e o hospital em causa. Esta fase decorreu entre Setembro de 2009 e Outubro de 2010 e incluiu como instrumentos de colheita de dados a análise de documentos, a observação e a entrevista.

A análise de documentos, segundo Yin (2002) permite corroborar a evidência proveniente de outras fontes. Nesta perspetiva, procedemos à análise do Protocolo de Colaboração entre o CRP e a SCMP, do projeto para a criação do Hospital de Ensino, dos documentos relativos aos EC (como os guias de estágio), dos relatórios finais de ano letivo elaborados pelos regentes dos EC, e dos registos elaborados, durante os EC, pelos professores responsáveis pelos EE no HP.

Nesta fase, também realizamos observação direta informal, ou não participante, das reuniões de preparação dos EC, das reuniões de avaliação dos EC e das reuniões de balanço da parceria estabelecida. Yin (2002) foca a observação como uma forma importante de colheita de dados no estudo de caso.

O autor também se refere à pertinência da realização de entrevistas a testemunhas privilegiadas. Nesta perspetiva, a partir dos dados recolhidos através da análise dos documentos referidos anteriormente e da observação das reuniões mencionadas, identificamos alguns aspetos que necessitavam de esclarecimento, pelo que consideramos pertinente realizar entrevistas exploratórias a 7 informantes chave, 5 elementos do CRP e 2 do HP, com o objetivo de identificar as condições que levaram à implementação do modelo, assim como, os fatores influenciadores do processo de implementação. Os detalhes relativos aos informantes e aos aspetos metodológicos mais específicos da realização destas entrevistas encontram-se descritos no subcapítulo 2.4 da parte 2 deste trabalho.

Na segunda fase, a partir dos dados obtidos na fase exploratória, pretendíamos analisar o processo de implementação do modelo SE, os fatores influenciadores, assim como, os resultados obtidos. Esta fase decorreu entre Janeiro e Setembro de 2011 e englobou como instrumentos de colheita de dados: observação dos CPC, entrevista aos enfermeiros chefes dos serviços envolvidos, entrevista aos professores responsáveis pelos EE no HP, questionário aos enfermeiros dos serviços, reflexões realizadas pelos EE, avaliações dos serviços realizadas pelos EE, e as classificações obtidas pelos mesmos nos EC A e B durante os dois anos letivos referidos. A este propósito, lembramos as considerações de Yin (2010) quanto ao facto de se poder usar no estudo de caso uma associação de evidência qualitativa e quantitativa. Os detalhes referentes às

especificidades dos procedimentos metodológicos relativos a cada tipo de recolha de dados encontram-se descritos no capítulo 3 da parte 2 deste trabalho.

No que respeita à observação dos CPC onde decorriam os referidos EC, a partir dos resultados obtidos nas entrevistas exploratórias, identificamos os itens de observação e elaboramos a respetiva grelha que serviu de guia para a observação, sistemática, não participante, como referido por Estrela (1994), num total de 142h de observação, realizadas entre Janeiro e Março de 2011 nos 5 serviços do HP onde decorreram os EC A e B. A principal finalidade foi obter dados que pudessem clarificar os resultados obtidos na fase exploratória acerca do processo de supervisão dos EE realizado pelos enfermeiros orientadores. Acrescentamos ainda que a observação foi realizada por 2 observadores, pois tal como refere Yin (2010), constitui um procedimento necessário para aumentar a confiabilidade da evidência.

Relativamente às entrevistas, como referido, foram realizadas a professores e a enfermeiros chefes. No primeiro caso, efetuamos entrevistas aos 2 professores responsáveis pelos EE dos EC A e B no HP, em Julho de 2011, portanto, no final desse ano letivo, sendo que no caso de um dos EC, por se desenrolar nos 1º e 2º semestres, consideramos que seria pertinente realizar uma entrevista ao respetivo professor também no final do 1º semestre. Os objetivos destas entrevistas residiram em obter dados acerca da forma como tinha decorrido o EC no ano letivo em causa, assim como, em esclarecer questões identificadas tanto na fase exploratória, como na observação dos CPC. No caso dos enfermeiros chefes, as entrevistas foram realizadas em Julho de 2011 a 6 elementos, e tiveram como objetivos obter a sua visão quanto à presença de EE do EC A ou do EC B nos respetivos serviços, assim como, as suas perceções em relação ao desenvolvimento destes EC.

Tanto na fase exploratória, como na segunda fase, todas as entrevistas foram semiestruturadas, tendo sido traçados objetivos para cada uma delas, assim como, elaborado o guião respetivo. A este respeito, Yin (2002) refere que a entrevista constitui uma das mais importantes fontes de dados, devendo ser pouco estruturadas. Nas entrevistas gravadas em áudio foi feita a transcrição e devolução aos respetivos informantes para que procedessem à verificação e confirmação do seu conteúdo. Em todas se procedeu à análise de conteúdo com base nos objetivos traçados para cada uma, tendo-se utilizado o programa QSR NVivo 9. Em cada caso, numa primeira fase, foi realizada uma leitura global de cada entrevista, para captar o todo da mesma e os temas principais emergentes numa leitura interpretativa (Amado, 2000), seguindo-se uma

leitura parcelar e em maior detalhe, para determinação das respostas às questões levantadas e identificação de outros itens expressos ou subentendidos nos relatos, com categorização posterior (Vala, 1986; Amado, 2010).

No que respeita ao questionário, o mesmo foi lançado *online* aos enfermeiros dos serviços do HP onde decorreram os EC A e B, em Setembro de 2011, com o objetivo principal de obter a perspetiva dos enfermeiros do HP acerca da presença dos EE dos referidos EC. A amostra ficou constituída por 26 elementos. A análise dos dados foi feita com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versão 20.0., sendo que nas questões abertas procedeu-se à análise de conteúdo.

Para além dos dados colhidos através dos instrumentos anteriores, consideramos que seria pertinente obtermos dados mais diretamente relacionados com os EE. Sendo assim, procedemos à análise de conteúdo das reflexões críticas realizadas por 12 dos EE que realizaram os EC A ou B nos serviços em causa, durante o ano letivo 2010-2011, com a finalidade de identificar aspetos positivos e aspetos negativos ou dificuldades, sentidos pelos EE quanto ao desenvolvimento do EC no serviço em que se encontravam. Também, consideramos que seria importante obter dados relativos às avaliações dos serviços realizadas pelos EE nos dois anos letivos, tendo sido colhidos a partir das avaliações realizadas pelo ICS através de instrumentos pré-existentes, provenientes de um total de 58 EE. Relativamente a estas avaliações, no caso dos dados de tipo qualitativo, a maioria, procedemos à análise de conteúdo, e nos de tipo quantitativo, procedemos à comparação das médias e desvios padrão. Finalmente, consideramos que seria pertinente analisar as classificações dos EE, que realizaram EC A e EC B no HP nos dois anos letivos (177 EE), com o objetivo de verificar o aproveitamento dos mesmos, assim como, comparar com as classificações obtidas pelos EE que realizaram os mesmos tipos de EC noutras instituições de saúde (159 EE). A partir das pautas com as classificações dos 336 EE, procedemos ao cálculo das médias, desvios padrão e variações das médias com recurso ao SPSS.

2. FASE EXPLORATÓRIA

Introdução

A fase exploratória, como referido anteriormente, desenrolou-se essencialmente durante o ano letivo 2009-2010. Para além da obtenção de dados preliminares que contribuíssem para a compreensão das consequências do protocolo de colaboração interinstitucional ao nível da parceria entre o ICS e o HP, procuramos também obter dados que nos permitissem identificar as questões relacionadas com o processo de implementação do modelo SE no sentido de um maior conhecimento dos itens a pesquisar na fase de trabalho de campo. Em resumo, pretendemos penetrar na problemática em estudo.

Nesta fase, os meios utilizados para a recolha de dados consistiram na análise de documentos relacionados com o protocolo de colaboração interinstitucional, com o projeto para Hospital de Ensino e com o EC, na observação informal ou não participante de várias reuniões interinstitucionais no HP e intrainstitucionais no ICS, e na realização de entrevistas a informantes chave. A análise de documentos e a observação foram realizadas essencialmente entre Setembro de 2009 e Julho de 2010, enquanto a realização das entrevistas exploratórias ocorreu entre Maio e Outubro de 2010.

Na organização do relatório dos dados colhidos nesta fase consideramos pertinente focar os aspetos essenciais da caracterização dos EC A e B para uma melhor compreensão de alguns dos itens em análise. Seguidamente, consideramos importante proceder à caracterização da parceria interinstitucional, com inclusão da caracterização sumária do HP, em termos de contexto de prática clínica, como aspetos fundamentais para a compreensão do processo de transformação das UCS em UDE. Os dados da caracterização dos EC e da parceria foram obtidos através da análise dos guias dos EC elaborados pelos respetivos regentes e através da análise do protocolo de colaboração interinstitucional. Da observação das reuniões intrainstitucionais e interinstitucionais, resultaram um conjunto de dados e de questões que designamos de problemática inicial, porque revelam uma grande parte dos itens que foram analisados posteriormente. Por fim, apresentamos os resultados obtidos com a análise das entrevistas aos informantes chave como o culminar da fase exploratória, pois permitiu não só corroborar aspetos

identificados através da observação, mas também, identificar outros, que no seu conjunto contribuíram para o planeamento subsequente do trabalho de campo.

2.1 Caracterização dos Ensinos Clínicos

A caracterização dos EC, será feita tendo em conta os ECTS, a carga horária, os objetivos e a organização geral, no período correspondente aos anos letivos de 2009-2010 e 2010-2011, sem contudo os fazermos corresponder às designações fictícias atribuídas, pelo facto de que isso poderia possibilitar a identificação dos serviços e dos sujeitos do nosso estudo. Os Ensinos Clínicos A e B correspondem a práticas clínicas semestrais, realizadas em meio hospitalar, sendo que um dos EC se realiza no 2º ano do CLE e o outro no 3º ano.

Assim, o EC realizado no 2º ano é considerado de introdução à prática de cuidados de enfermagem a doentes adultos, sendo o primeiro EC em meio hospitalar, habitualmente realizado em serviços de medicina, com um total de 10 ECTS, distribuídos por 210h de contacto, 30h de OT e 40 horas de trabalho individual. Os objetivos centram-se na integração e inter-relacionamento de conhecimentos, no desenvolvimento de competências de comunicação e de manutenção de prática segura, no desenvolvimento da habilidade manual, e na identificação dos focos da prática e dos diagnósticos de enfermagem. No guia do referido EC são ainda estabelecidos mínimos que o EE deve atingir relativamente ao número dos vários procedimentos ou técnicas relevantes a realizar, cuja introdução é programada previamente de forma progressiva, e que passa pelos banhos na cama, posicionamentos, transferências de doentes, massagens, prevenção de úlceras de pressão, entubações nasogástricas, algalias, colheitas de sangue e outros espécimes, oxigenoterapia e administração de medicação oral, tópica e retal, entre as principais.

Os EE realizam 7 horas de EC em cada dia, no turno da manhã ou da tarde, sendo que o EC se realiza apenas em 4 dias da semana (1 dia para aulas na escola) durante um período aproximado de 7 a 8 semanas. A OT dos EE fica a cargo, maioritariamente (2/3), dos enfermeiros orientadores, que as realizam no CPC, sendo que 1/3 das mesmas é realizada no ICS pelo professor responsável pelos EE. Nos dois anos letivos, existiu apenas um professor responsável, que era também regente do EC. A este respeito, convém referir que em cada ano letivo, no semestre correspondente, o total de EE a realizar este EC é dividido em dois grupos, de forma que cada grupo

realiza o EC em períodos diferentes do semestre, diminuindo o rácio professor/EE e rentabilizando os locais de EC. Quanto ao rácio enfermeiro orientador/EE, globalmente, é de 1 enfermeiro orientador para 6 a 8 EE, sendo que no HP nos anos letivos mencionados, foi de 1 enfermeiro orientador para 8 EE. O total de EE que realizou este EC nos 2 anos letivos foi de 57, correspondendo a cerca de 37,3% do total dos EE (153) que realizaram o referido EC no mesmo período.

O EC realizado no 3º ano corresponde à prática de cuidados ao adulto e idoso, tendo a precedência do EC do 2º ano mencionado anteriormente. Para além disso, consiste num EC com maior carga horária, com um total de 25 ECTS, distribuídos por 490 horas de contacto, 70 horas de OT e 140 horas de trabalho individual. Este EC tem como finalidade, não só o desenvolvimento de competências ao nível da prestação de cuidados ao adulto e idoso do foro médico e cirúrgico, mas também com alterações psicológicas e do comportamento, pelo que 2/3 do EC são realizados em serviços de cirurgia, enquanto 1/3 é realizado em serviços de psiquiatria. Uma grande parte dos objetivos é comum aos do EC do 2º ano, sendo que os objetivos mais específicos se centram no desenvolvimento da metodologia científica de trabalho. No guia do referido EC também são estabelecidos mínimos que o EE deve atingir relativamente ao número dos vários procedimentos ou técnicas relevantes a realizar, cuja introdução também é programada previamente de forma progressiva e que, para além das atividades contempladas no EC do 2º ano, são acrescentadas outras atividades que passam pela terapia injetável, sobretudo, a endovenosa, realização de tratamento de feridas, assim como procedimentos e técnicas específicas no âmbito da saúde mental e psiquiátrica.

Também neste EC, os EE realizam 7 horas de EC em cada dia, no turno da manhã ou da tarde, durante 4 dias da semana (1 dia para aulas na escola), num período aproximado de 17 a 18 semanas. As OT dos EE são partilhadas entre o professor e os enfermeiros orientadores. No ano letivo 2009-2010 as OT ficaram a cargo, maioritariamente, dos enfermeiros orientadores, tendo o professor ficado responsável por cerca de 35% das mesmas. No entanto, no ano letivo seguinte (2010-2011) o professor ficou responsável por 75% das OT. No caso do HP, em ambos os anos letivos, cerca de 26% a 35% das OT a cargo do professor foram realizadas no hospital e foram abertas à participação dos enfermeiros orientadores. Para além disso, algumas das OT realizadas na escola contemplaram a junção dos EE do HP e dos outros locais, assim como, a participação dos professores responsáveis pelos EE, sobretudo, quando se

procedia à apresentação e discussão de casos. Tal como no EC do 2º ano, o professor desloca-se periodicamente aos CPC.

O total de EE que realizou este EC nos 2 anos letivos foi de 120, correspondendo a cerca de 65,6% do total dos EE (183) que realizaram o referido EC no mesmo período. Nos dois anos letivos o número de professores responsáveis pelos EE neste EC foi de 2, 1 professor no HP e outro nos outros locais. Quanto ao rácio enfermeiro orientador/EE, no global do EC, foi de 1 enfermeiro orientador para 6 a 8 EE, sendo que no HP, foi de 1 enfermeiro orientador para 4 a 6 EE.

A registar que nos dois EC no HP, o número médio de enfermeiros orientadores envolvidos na supervisão de EE em cada serviço, é de 2 enfermeiros orientadores, os quais partilham entre si os 4 turnos de orientação semanal dos EE, ficando cada um, aproximadamente, com 2 turnos de orientação por semana. A exceção verificou-se em dois serviços, em que num apenas ficou 1 enfermeiro orientador a realizar todos os turnos, pelo número mais reduzido de EE nesse serviço e, noutro, ficaram 3 enfermeiros orientadores, pelo maior número de EE e pela menor disponibilidade de tempo dos enfermeiros orientadores desse serviço.

Em ambos os EC é fornecido aos EE um guia com todas as informações relativas ao EC, assim como documentos a serem utilizados durante o mesmo, como folhas de registos de enfermagem, folha para o registo das reflexões críticas, guia de autoavaliação, plano de progressão de atividades, sendo que todas as informações são também transmitidas em reunião realizada com os EE e os enfermeiros orientadores, antes do início do EC, o qual também é antecedido pela visita dos EE aos respetivos serviços. Habitualmente são realizados dois momentos de avaliação, um a meio de cada EC (avaliação intercalar) e outro no fim do mesmo (avaliação final). Os professores, para além de se deslocarem periodicamente aos CPC para colaborarem na supervisão dos EE, reunirem com os enfermeiros orientadores e realizarem OT, participam, em conjunto com os EE e os enfermeiros orientadores, nas avaliações intercalares e nas avaliações finais dos EC.

2.2 Caracterização da Parceria Escola/Hospital

Antes de nos focarmos na parceria propriamente dita, pensamos que será pertinente proceder a uma breve caracterização do Hospital da Prelada.

Assim, poderemos referir que se trata de uma instituição com quase 25 anos de existência, tendo iniciado funções em 17 de Outubro de 1988, pertence à Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) e integra a rede hospitalar nacional, nos termos do acordo estabelecido com o Ministério da Saúde, podendo receber doentes referenciados por centros de saúde e hospitais públicos, doentes de subsistemas de saúde com os quais tenha acordos, assim como doentes privados.

O HP constitui uma unidade hospitalar com valores e filosofia próprios, tendo sido considerado um projeto inédito em termos de gestão, organização e prestação de serviços, tendo a humanização como uma das suas principais bandeiras. Nesta perspetiva apresenta como missão “*disponibilizar cuidados de saúde personalizados, de qualidade excelente, a custos socialmente aceitáveis [...]*” (HP, 1998, p. 11), de forma a atender à “[...] *melhoria na qualidade do atendimento e humanização, e assegurar uma organização que proporcione a inovação de acordo com o estado da arte, garantindo a satisfação dos doentes e profissionais*” (SCMP, 2008, p. 6).

O HP dispõe de várias valências, como Medicina Física e de Reabilitação, Ortopedia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva (incluindo uma Unidade de Queimados), Cirurgia Geral e Urologia, tendo obtido certificação total pelo Health Quality Service em Fevereiro de 2007.

O hospital tem também um papel considerável na formação pré e pós-graduada dos vários profissionais de saúde, através de protocolos celebrados com várias instituições de ensino. Nesta perspetiva, salientamos aqui o papel extremamente importante na formação de enfermeiros recebendo EE, desde há vários anos.

No que concerne ao ICS/UCP, a colaboração na formação de novos enfermeiros iniciou-se há vários anos, ainda com a extinta Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, a qual veio a ser integrada em Setembro de 2006 na UCP, passando como legado toda a longa colaboração entre estas duas instituições neste domínio. Em Maio de 2008 a assinatura do protocolo de colaboração entre o CRP e a SCMP, veio incrementar a colaboração entre o HP e o ICS, refletindo-se também no domínio do ensino de enfermagem, como consta nos artigos número 3 e número 4 do

referido protocolo (SCMP e CRP/UCP, 2008), em que um dos objetivos iniciais da parceria visava a transformação do HP em Hospital de Ensino.

Assim, no que respeita à parceria entre as duas instituições e, mais especificamente, quanto à realização de EC do CLE, poderemos distinguir duas fases, uma anterior ao protocolo e outra posterior.

Na fase anterior à assinatura do protocolo assinalamos vários aspetos que caracterizavam a parceria ao nível da orientação dos EE em EC e que descrevemos a seguir.

Os docentes que colaboravam na orientação direta dos EE nos EC no HP eram, maioritariamente, do quadro de professores efetivos da escola, mas gradualmente, a referida orientação passou a ser realizada por enfermeiros contratados (a situação predominante). Os enfermeiros orientadores poderiam ser enfermeiros do HP (a maioria das situações), ou enfermeiros doutras instituições hospitalares (docentes contratados). Em ambos os casos, os enfermeiros exerciam a sua atividade de orientação de EE em EC em horário próprio, para além do seu horário normal como enfermeiros, auferindo da remuneração respetiva. A exceção verificava-se para os enfermeiros orientadores de EE do 4º Ano do CLE no último EC do curso, os quais orientavam EE em horário laboral, dadas as características da prática clínica em causa, não auferindo de qualquer remuneração para além do vencimento respetivo. Acrescentar que, em todos os locais de EC em que os EE eram orientados por enfermeiros, o EC era sempre da responsabilidade de um professor da escola que, periodicamente se deslocava aos CPC e que também colaborava na orientação e avaliação dos estudantes.

Para além disso, convém ainda referir que, no caso específico dos EC do 2º e 3º ano do CLE, EC A e EC B, o rácio de EE por enfermeiro orientador era de 8 a 12, aproximadamente, correspondendo ao número total de EE por turno nos serviços selecionados para as práticas clínicas em causa. A situação descrita anteriormente tinha alguns inconvenientes, como a sobrecarga de trabalho para alguns enfermeiros orientadores, pois para além do seu horário como enfermeiros, tinham de realizar o horário como orientadores, levando a um certo cansaço e desmotivação de alguns perante as exigências que toda a orientação neste contexto acarretava englobando, como é sabido, todo o trabalho adicional à orientação no campo da prática, como as OT e o restante trabalho de preparação da orientação de EE em EC (a correção de trabalhos, planos de cuidados, avaliações, etc.).

Por outro lado, para os enfermeiros do HP a orientar EE nos EC A e B, era difícil conjugar os seus horários do hospital com os horários do EC. A acrescentar ainda que alguns diretores de serviço não concordavam com o número total de EE por turno existente em cada serviço, alegando razões que se prendiam com a maior probabilidade de ocorrência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Da parte do ICS, existia uma preocupação em garantir que os CPC tivessem as condições necessárias para a realização dos EC, não só visando o desenvolvimento de competências e a consecução dos objetivos por parte dos EE, mas também, a melhoria dos cuidados prestados aos doentes. Na perspetiva do ICS, o hospital deveria ser de referência, e a melhoria das condições dos CPC passaria pela formação dos profissionais e pela congruência entre o ensino na escola e no CPC (Vieira et al., 2009).

A assinatura do protocolo de colaboração interinstitucional em Maio de 2008, proporcionou a realização de algumas reuniões para análise e consolidação do projeto de transformação do HP em Hospital de Ensino. A ideia inicial relativa a esta transformação residia em garantir a devida articulação interinstitucional entre o exercício clínico, as atividades de formação e a investigação. No que respeita à área da enfermagem, o objetivo principal era garantir que o exercício profissional cumprisse os padrões definidos pela OE, tendo como objetivos operacionais: diagnosticar necessidades de formação específica, criar oportunidade de formação avançada e contínua, e apoiar o hospital nas iniciativas que visassem melhorar as práticas de cuidados. A responsabilidade de ensino seria da universidade, mas esta deveria contar com o envolvimento de todos os profissionais do HP, com especial enfoque dos que assumissem funções de ensino (Vieira et al., 2009).

Para além destes pressupostos, para a concretização do projeto, pretendia-se criar um modelo baseado na DEU e CLU a implementar em dois serviços piloto e que seriam designados de “Serviço-Escola”, no qual se deviam incrementar os laços entre os enfermeiros do hospital e os enfermeiros da escola, criando um CPC mais positivo, tendo-se enumerado uma série de condições: (i) os enfermeiros orientadores dos EE deveriam possuir preparação específica; (ii) existência de congruência entre a filosofia de cuidados dos CPC e da escola; (iii) coerência entre o ensino na escola e o ensino no CPC; e (iv) integração dos professores nas equipas dos serviços. Para além destas condições e dado que no HP não existia uma prática sistemática de investigação, a universidade comprometia-se a promover esta atividade, propondo projetos de

investigação, integrando profissionais do HP nas equipas de investigação e realizando ações de divulgação da investigação em parceria (Vieira et al., 2009, p. 6/7).

Para além da definição destes pressupostos iniciais do projeto, foram tomadas algumas resoluções, das quais iremos focar as diretamente relacionadas com o desenvolvimento dos EC A e B.

No 1º semestre do ano letivo 2008-2009 optou-se por fazer o diagnóstico da situação existente, elencando possíveis problemas que interferissem na aprendizagem dos estudantes, e delineando estratégias de solução e linhas orientadoras de intervenção. Neste sentido, as metas delineadas para o semestre seguinte consistiam: (i) na definição e apresentação por parte do ICS dum perfil do enfermeiro orientador do EC, no sentido de servir de base à seleção dos enfermeiros orientadores; (ii) na diversificação das experiências dos EE na prestação de cuidados aos doentes atribuídos; (iii) na flexibilização por parte do HP dos horários dos enfermeiros orientadores, de forma que pudessem participar nas sessões de OT dos EE realizadas pelo professor, para uma maior sintonia e uniformidade na orientação; e (iv) na promoção de maior participação dos enfermeiros orientadores nas sessões de formação de docentes planeadas pelo ICS.

No final do ano letivo 2008-2009 concluiu-se que, se bem que toda a colaboração anterior tenha sido muito proveitosa para ambos os lados (tendo-se registado inclusive referências muito positivas aos EE nos inquéritos de satisfação respondidos pelos doentes), seria necessário introduzir mais algumas alterações. Assim, foi redefinido o número total de EE em cada serviço e o número de EE atribuídos a cada enfermeiro orientador, bem como o tipo de horário e a criação de um subsídio de função que estes enfermeiros passariam a usufruir. Desta forma, em cada serviço destinado aos EC A e B, o número de estudantes por enfermeiro orientador passou para 4 a 5, os estudantes passaram a estar distribuídos pelas duas alas e não concentrados numa só, prestando cuidados aos doentes atribuídos ao enfermeiro orientador. Este passou a ser enfermeiro do serviço, devendo exercer essa orientação no seu horário normal de trabalho, e não em horário extra, e teria como funções, para além de fazer parte da equipa de trabalho, supervisionar/coordenar os estudantes.

2.3 Identificação da Problemática Inicial

Ao longo do ano letivo 2009-2010, continuamos a realizar observação informal, não participante, das reuniões interinstitucionais realizadas no HP, sobretudo das reuniões relacionadas com os EC em causa, tanto de avaliação do seu desenvolvimento, como de preparação dos mesmos, assim como, de reuniões multidisciplinares relacionadas com o planeamento de projetos de investigação conjunta, num total de 6 reuniões. Também, realizamos o mesmo tipo de observação nas reuniões entre professores do ICS, ou entre professores e enfermeiros orientadores, decorridas nesta instituição, num total de 8 reuniões. Em todos os casos procedemos ao registo dos aspetos observados.

Para além da observação das reuniões, consultamos registos cedidos pelos professores acerca do desenvolvimento dos EC e da ocorrência de incidentes críticos, assim como, os relatórios dos regentes dos EC e os registos de presenças dos enfermeiros orientadores nas sessões de formação de docentes planeadas pelo ICS e que eram abertas à participação de todos os colaboradores.

A partir dos dados obtidos através destas fontes foi possível identificar aspetos que consideramos relevantes e cujo relatório apresentamos a seguir.

Como já referimos, no ano letivo 2009-2010, realizamos observação em 6 reuniões interinstitucionais.

Das reuniões mencionadas 2, realizadas em Abril e Maio de 2010, foram para planeamento de projetos de investigação conjunta sendo que na primeira reunião estiveram presentes elementos da equipa médica e da equipa de enfermeiros de um dos serviços do HP, assim como a Coordenadora da Unidade de Ensino de Enfermagem (CUEE) e o professor do EC B, tendo-se discutido a viabilidade de alguns projetos de investigação. A partir desta reunião foi planeada a segunda reunião que foi destinada a uma sessão de formação dos profissionais do HP sobre tratamento estatístico de dados, realizada por elementos do ICS e que foi aberta à participação de todos os profissionais do hospital.

Das restantes 4 reuniões interinstitucionais, uma ocorreu no início do ano letivo, outra no final do 1º semestre e duas no início do 2º semestre. Nas duas primeiras reuniões estiveram presentes a enfermeira geral, os enfermeiros chefes dos serviços envolvidos, o regente do EC e o professor responsável pelos EE do EC B, sendo que na segunda reunião também esteve presente a CUEE. Na terceira e quarta reuniões, que

foram de preparação dos EC A e B no 2º semestre, para além dos regentes e do professor de um dos EC, também estiveram presentes os enfermeiros chefes dos serviços envolvidos. A referir que num dos EC, o regente acumulava as funções de professor responsável pelos EE desse EC no HP. Para preservar o anonimato de alguns informantes que, para além de terem participado na fase exploratória, também participaram em entrevistas na fase de trabalho de campo, os mesmos serão sempre referidos no género masculino.

Na primeira reunião foram abordadas todas as alterações decididas e mencionadas no subcapítulo anterior no que concerne à distribuição de EE pelos serviços e na metodologia de supervisão por parte dos enfermeiros orientadores. Para além disso, ficou acordado que a comunicação entre o ICS e o HP deveria aumentar, especialmente, no que respeita à avaliação dos EE, sendo pertinente a existência de maior *feedback* por parte do ICS, pelo que foi considerado importante o agendamento de reuniões mensais entre a enfermeira geral e o professor do EC B.

A segunda reunião foi destinada à avaliação do desenvolvimento do EC B durante o semestre em causa.

Nesta reunião, os elementos do HP classificaram as mudanças verificadas como muito positivas, tendo referido bastante melhoria ao nível da dinâmica existente nos serviços, na comunicação com o professor, no número e distribuição dos EE e no facto do enfermeiro orientador dos EE, em cada serviço, fazer parte da equipa, tendo referido que os enfermeiros orientadores estavam mais seguros e a equipa de enfermagem mais colaborante na orientação dos EE.

Da parte do ICS as referências foram no sentido da necessidade de melhoria de alguns aspetos, como: (i) a forma de seleção dos enfermeiros orientadores, uma vez que se tinha constatado que alguns não tinham experiência de supervisão nem estavam preparados para essa função; (ii) a participação reduzida e esporádica dos enfermeiros orientadores nas ações de formação interna de docentes planeadas pelo ICS, que tinham especial enfoque nos aspetos relacionados com a supervisão dos EE em EC; (iii) a flexibilização do horário dos enfermeiros orientadores para que os mesmos pudessem participar nas OT do professor; (iv) a limitação das experiências dos EE, pelo facto dos mesmos apenas ficarem com os doentes atribuídos aos enfermeiros orientadores; e (v) a falta de tempo de alguns enfermeiros orientadores para a supervisão integral dos EE e para reunirem com o professor, pelo facto de acumularem funções de coordenação no serviço.

No final da reunião foram acordadas medidas de melhoria: (i) o HP deveria enviar ao ICS a lista dos enfermeiros interessados em orientar EE em EC; (ii) os enfermeiros interessados em orientar os EE deveriam preencher ficha própria de candidatura; (iii) promoção da participação dos enfermeiros orientadores nas ações de formação promovidas pelo ICS; (iv) em cada serviço, seleccionar os doentes mais adequados para a aprendizagem dos EE tendo em conta os objetivos do EC; e (v) providenciar para que a função do enfermeiro orientador no serviço não colidisse com as funções de supervisão dos EE.

Na terceira reunião interinstitucional que presenciamos, foi de preparação do EC B no 2º semestre. Nessa reunião o regente e o professor, para além dos itens relacionados com a calendarização e organização do EC, deram a conhecer o cronograma das OT planeadas, cujo horário foi elaborado de forma que os enfermeiros orientadores pudessem estar presentes nas OT realizadas pelo professor, pelo que foi solicitado aos enfermeiros chefes que possibilitassem a saída do serviço de, pelo menos, um dos enfermeiros orientadores. Os enfermeiros chefes concordaram e, inclusive, um deles referiu a intenção de também participar. Nesta reunião verificamos o cuidado por parte do HP para que os enfermeiros orientadores seleccionados, embora com doentes atribuídos, não ficassem com funções de coordenação no serviço.

No que respeita à observação das 6 reuniões entre professores, das 2 reuniões entre professores e enfermeiros orientadores, e da consulta de alguns registos realizados pelos professores, foi possível constatar: (i) preocupação dos professores quanto ao facto de os enfermeiros orientadores serem responsáveis pela prestação integral de cuidados aos doentes que lhe eram atribuídos, em simultâneo com a orientação dos EE, pelas dificuldades percebidas na conjugação destes dois tipos de funções, assim como, com outras atividades relacionadas, como discussão de casos, avaliação de planos de cuidados, orientação de pesquisas bibliográficas, discussão de estratégias pedagógicas com o professor; (ii) pouca clarificação do processo de seleção dos enfermeiros orientadores e pouca participação do ICS na seleção dos mesmos; (iii) manifestação dos professores de divergências entre o HP e o ICS acerca das conceções sobre o EC; (iv) falta de preparação dos enfermeiros orientadores para a avaliação dos EE; e (v) algumas divergências entre professores e enfermeiros orientadores, especialmente no EC B, quanto à avaliação dos EE.

Constatamos o esforço do professor do EC B em obter dados acerca dos EE existentes nos vários serviços, através de conversas que procurou ter com os

enfermeiros orientadores nas suas deslocações regulares ao HP, assim como através das OT. Verificamos a sua insatisfação e frustração pela insuficiência de dados que lhe permitissem uma opinião mais sustentada acerca de cada um dos EE.

Num dos serviços registou-se um incidente crítico negativo num dos EC, aproximadamente, a meio do 2º semestre, em que um dos enfermeiros orientadores foi substituído por iniciativa do enfermeiro chefe, em virtude deste considerar que o enfermeiro em causa não apresentava “*perfil*” para a supervisão dos EE. O professor já tinha registado anteriormente, alguma falta de entendimento entre os 2 enfermeiros orientadores do mesmo serviço, assim como, discrepâncias nas classificações atribuídas por ambos, verificando-se conflito entre os orientadores, que se refletia no relacionamento entre os EE do grupo em causa. A intervenção radical do enfermeiro chefe, afastando o orientador em causa da supervisão dos EE, sem negociação prévia, gerou reação negativa na pessoa envolvida e incómodo no professor. No entanto, após a mudança, o professor referiu maior serenidade entre os EE, maior conformidade na supervisão e menor discrepância entre as classificações atribuídas.

O incidente constatado contribuiu para o nosso questionamento acerca do papel do ICS e do HP relativamente à escolha dos enfermeiros orientadores e acerca do perfil pretendido, assim como, acerca da inexistência de regras bem claras que pudessem estar definidas entre as duas instituições sobre o assunto em causa, uma vez que também registamos que não existiu qualquer tipo de participação por parte do ICS na seleção dos enfermeiros orientadores, tendo sido designados pela enfermeira geral, que teve em conta as indicações anteriores e a sugestão dos enfermeiros chefes dos serviços.

Numa das reuniões, realizada entre os professores e a CUEE, considerou-se que seria útil o ICS delinear o perfil de enfermeiro orientador pretendido.

No final do 2º semestre do ano letivo em causa (2009-2010), o professor do EC B referiu que as classificações dos EE eram consideravelmente melhores em relação às do grupo anterior, considerando que isso se devia em parte à maior participação dos enfermeiros orientadores nas OT do professor, “*deixando de haver desfasamento, ficando os EE mais libertos para fazerem o que deviam fazer*” e, por isso, com reflexos positivos no desempenho dos EE. O professor também abordou as mudanças positivas após a substituição de um dos enfermeiros orientadores, relatada anteriormente, que acabou por se repercutir nas classificações atribuídas, diminuindo a “*inflação*” das mesmas, notando que antes da mudança, os EE eram menos supervisionados, enquanto depois da mudança, o novo enfermeiro orientador parecia realizar um acompanhamento

mais adequado dos EE, considerando que estes reagiram bem e melhoraram o seu desempenho. No que respeita à avaliação dos EE, o professor sentiu menos dificuldades em relação ao semestre anterior, tendo afirmado ter tido mais condições e mais dados para uma avaliação mais consistente.

Neste semestre, também verificamos maior afluência dos enfermeiros orientadores nas ações de formação do ICS, e o professor do EC B referiu existir “*uma maior abertura por parte dos enfermeiros orientadores*”, inclusive daqueles que considerava estarem menos dispostos a isso.

No que concerne ao EC A, a observação das reuniões entre o professor e os enfermeiros orientadores deixou transparecer algum descontentamento por parte destes pelo facto de a orientação dos EE ser em simultâneo com a prestação de cuidados, ou seja, fazerem parte do plano de trabalho, com doentes atribuídos nos turnos de supervisão de EE, uma vez que cada enfermeiro orientador ficava em média com 12/13 doentes. Os enfermeiros orientadores manifestaram dificuldades em estarem integrados na equipa do serviço e, simultaneamente, a supervisionar os EE, sentindo que não podiam desvalorizar o seu trabalho como enfermeiros inseridos na equipa.

Em consequência do referido, os enfermeiros orientadores referiram terem sentido, nalgumas alturas, que o seu desempenho poderia ser de risco, tanto para eles como para os doentes e EE, evidenciado por frases do tipo “*felizmente não houve nenhum problema!*”. Este aspeto acabava por se agravar pelo facto dos enfermeiros orientadores quererem dar o máximo de oportunidades em termos de execução técnica, num serviço que a esse nível era menos rico, sendo que poderiam estar numa ala com os EE, e surgir na ala contrária uma oportunidade (ex. punção venosa), levando a que se tivessem de deslocar, o que aumentava a sobrecarga em termos do trabalho já existente. O descontentamento geral dos enfermeiros orientadores foi manifestado por frases do género: “*não temos tanto tempo para nos dedicarmos aos EE*”; “*sentimos que não conseguimos acompanhar os EE tanto como gostaríamos*”; “*não acho nada benéfico este sistema*”; “*é muito complicado, sobretudo na fase inicial do EC*”.

No entanto, afirmaram que o problema de sobrecarga já não se colocou tanto no final do EC, quando “*os EE já gerem bem o tempo*”. Também, nalguns turnos, o enfermeiro chefe colocou os enfermeiros orientadores como elementos supranumerários, em que ficavam apenas com os doentes atribuídos aos EE o que, na opinião dos enfermeiros orientadores, facilitou.

Os enfermeiros orientadores também se referiram à pouca receptividade e colaboração dos colegas do serviço, com expressões do gênero *“alguns colegas criaram conflitos”* e reclamaram pelo atraso de alguns cuidados e pela interferência na dinâmica do serviço, *“para os EE também é desagradável porque ouvem comentários negativos dos enfermeiros dos serviços”*.

Através destas reuniões entre enfermeiros orientadores e professor do EC A foi possível apreciar alguns critérios utilizados pelos primeiros na avaliação dos EE, tendo algumas situações merecido a nossa reflexão quanto às classificações atribuídas.

Nesta fase, realizamos ainda observação de mais uma reunião interinstitucional, realizada em Setembro, no início do ano letivo 2010-2011, tendo contado com a presença do regente e do professor do EC B e, também, dos enfermeiros chefes.

No que respeita à escolha dos enfermeiros orientadores verificamos que, embora tivessem sido indicados pela enfermeira geral, teve a participação do regente e do professor. No entanto, a seleção de enfermeiros orientadores pareceu-nos continuar a ser um dos aspetos delicados de todo este processo, tanto para os elementos do HP, como para os do ICS, uma vez que não obedeceu a critérios bem definidos e conhecidos pelas partes envolvidas, nem a nenhum processo de candidatura e posterior seleção, tal como estava previsto.

Apesar da cordialidade verificada entre as partes envolvidas, notou-se algum desconforto da parte do regente e do professor, sobretudo, com receio de ferir suscetibilidades dos enfermeiros chefes ou dos enfermeiros orientadores, pela preferência de um ou outro enfermeiro. Verificamos o emprego por parte do regente e do professor de algumas estratégias subtilezas, junto de um dos enfermeiros chefes, no sentido de criar as condições para que o enfermeiro x ou y fosse um dos orientadores do serviço em causa, pelas qualidades que lhe reconheciam e pelo trabalho demonstrado na supervisão de EE.

Por outro lado, todo este processo acabou por ter lugar na semana anterior ao início do EC, deixando pouco tempo para o processamento desta informação por parte dos elementos envolvidos.

Entretanto, numa das reuniões no ICS, tivemos conhecimento que, logo no início do EC B, surgiu um problema relacionado com as OT programadas para serem realizadas pelos enfermeiros orientadores. Segundo o relato do professor do EC B, os enfermeiros orientadores colocaram várias questões, incidindo sobre: remuneração das OT, uma vez que as mesmas decorriam fora do seu horário de trabalho, e a sua

substituição no serviço e comunicação com os enfermeiros chefes para reforço da equipa, quando se ausentassem durante a realização das OT. Esta situação fez com que todo o planeamento inicial das OT para o EC fosse reformulado, de forma que o professor realizasse a maioria das mesmas.

Este incidente logo no início do EC deixou transparecer dificuldades de articulação interinstitucional e intrainstitucional. De facto, por parte do ICS não existiu uma informação em tempo útil da alteração decidida relativamente à maior participação dos enfermeiros orientadores na realização das OT, de forma que existisse uma preparação prévia dos enfermeiros e do HP e as dificuldades pudessem ser identificadas, analisadas, discutidas, para que o planeamento fosse ajustado. Também constatamos alguma heterogeneidade relativamente ao planeamento das OT nos dois EC, parecendo revelar falta de comunicação vertical e horizontal no ICS. Da parte do HP também parece não se ter verificado comunicação com os enfermeiros orientadores, uma vez que os enfermeiros chefes e a enfermeira geral já tinham sido informados da alteração na reunião preparatória.

No início deste ano letivo verificamos também que os enfermeiros orientadores deixaram de frequentar as sessões de formação de docentes promovidas pelo ICS, alegadamente, segundo a versão dos professores, por falta de disponibilidade.

Logo após as primeiras 5 a 6 semanas de EC B, numa das reuniões habituais entre o regente e professor do EC B, apercebemo-nos da sua grande preocupação com o desenrolar do EC no HP. A apreciação do professor foi menos positiva relativamente ao ano anterior. Referiu problemas que evidenciaram algum mal-estar dos EE e dos enfermeiros e que, na sua opinião, se relacionavam com o modelo de orientação, assim como, com o grau de comunicação entre a escola e o HP. A este propósito, mencionou alguns problemas, como: (i) crispação entre um dos enfermeiros orientadores e alguns EE; (ii) queixas de um dos orientadores relativamente à pressão do HP, no sentido de que desse prioridade à sua função de enfermeiro em relação à função de supervisão dos EE; e (iii) incidente crítico relacionado com a falta de informação do professor por parte de um dos enfermeiros chefes, quanto à indisponibilidade de um enfermeiro orientador para realizar a supervisão num dos turnos planeados, sendo que nesse turno os EE foram dispensados do EC, tendo o professor tido conhecimento da ocorrência apenas posteriormente e através dos EE.

As constatações anteriormente referidas evidenciaram algum mal-estar entre os vários intervenientes, aparentemente, mais expressivo do que no ano anterior.

Os dados obtidos ao longo do ano letivo 2009-2010 e no início do ano letivo 2010-2011, provocaram o nosso questionamento acerca dos factos e contribuíram para a elaboração dos guiões das entrevistas exploratórias, cujos resultados apresentaremos no subcapítulo seguinte, assim como, para a conceção das restantes etapas da recolha de dados do trabalho de campo.

2.4 Dados das Entrevistas aos Informantes Chave

No sentido de obter dados relativos ao protocolo assinado entre o CRP e a SCMP, assim como, obter dados relativamente aos aspetos mais concretos da parceria, sobretudo, no que dizia respeito ao ICS e ao HP e, eventualmente, também obter dados acerca do modelo Serviço-Escola (SE), foram realizadas 7 entrevistas exploratórias semiestruturadas, com a duração de 40 a 60 minutos, a informantes considerados privilegiados neste contexto, no final do ano letivo 2009-2010, no período de Julho a Novembro de 2010. Assim, foram entrevistados o presidente do CRP, a CUEE, 3 professores do ICS (os regentes dos EC e o professor responsável pelos EE no HP), a enfermeira geral e o diretor clínico do HP. Como já foi referido, em todos os casos foram realizados os respetivos pedidos de autorização que foram concedidos. Nos casos solicitados, foi também obtida autorização para a áudio gravação da entrevista, tendo sido concedida, com exceção de um caso, tendo nessa situação o registo sido manuscrito. No que respeita aos três professores do ICS, para uma maior celeridade do processo e, dado que se tratava de entrevistas de carácter exploratório, foi solicitado que respondessem por escrito às questões colocadas tendo sido, posteriormente, solicitado esclarecimento de alguns aspetos que se apresentavam menos claros.

Tal como referido anteriormente, as entrevistas tinham como objetivos gerais conhecer a visão dos informantes acerca do protocolo assinado, o impacto observado nas instituições após a assinatura do mesmo, as expectativas acerca do desenvolvimento desejado do protocolo, especialmente no respeitante à área de enfermagem, possíveis dificuldades ou constrangimentos e, ainda, obter a opinião dos informantes acerca da implementação do projeto de parceria entre o ICS e o HP, nomeadamente, do modelo SE, sobretudo, acerca de aspetos muito concretos do desenvolvimento dos EC A e B. Para cada entrevista foram traçados objetivos e elaborado o respetivo guião (Anexo IV).

Da análise de conteúdo realizada com o programa QSR NVivo 9 resultou a lista de categorias que constam do Anexo V. De acordo com as questões levantadas, as

respostas orientaram-se por um lado em relação ao protocolo e, por outro, em relação aos aspetos concretos da parceria entre o ICS e o HP e, nalguns casos, em relação à implementação do modelo SE. No que respeita ao protocolo pudemos verificar que as respostas dos informantes se centraram na visão geral acerca do mesmo e na visão mais restrita, neste caso mais relacionada com a parceria entre o ICS e o HP. Tanto num caso como noutro, foi possível obter dados do protocolo sobre as razões para a sua assinatura, os resultados obtidos, assim como as expectativas acerca do mesmo. No que diz respeito ao projeto SE, obtiveram-se dados relativamente às razões que levaram à sua implementação, motivos de escolha do HP, fases de implementação, assim como, dados relativos ao conhecimento que cada um dos informantes tinha acerca do projeto. Foi ainda possível obter dados acerca de aspetos mais concretos da parceria estabelecida, sobretudo, no que respeita ao desenvolvimento dos EC A e B no ano letivo 2009-2010, e que se centraram nos aspetos positivos, nas dificuldades gerais, na seleção dos enfermeiros orientadores, nas contrapartidas para os enfermeiros orientadores, na supervisão em simultâneo com prestação de cuidados, na realização das OT e na função do professor.

Dos relatos obtidos apresentam-se a seguir os resultados após a análise das entrevistas, utilizando-se citações dos próprios informantes para uma melhor ilustração das conclusões obtidas. No final deste subcapítulo apresentamos a síntese e interpretação dos resultados obtidos a partir destas entrevistas.

O Protocolo

A visão geral acerca do protocolo foi especialmente abordada pelos interlocutores com cargos de chefia como o presidente do CRP, a CUEE, o diretor clínico e a enfermeira geral, em termos das razões que levaram à assinatura do mesmo e das vantagens para ambas as partes envolvidas, sendo que a visão transmitida por estes informantes foi, globalmente, positiva.

Assim, para o presidente do CRP as principais razões que levaram à assinatura do Protocolo prenderam-se com o facto das duas instituições envolvidas, UCP e SCMP, estarem ligadas à Igreja e isso, por si só já constituir uma ponte de ligação entre as duas instituições, lembrando que a SCMP está também sob o ponto de vista jurisdicional, dependente do Bispo de Porto - *“o facto de haver esta forte ligação da universidade com a diocese e também sermos uma instituição da Igreja, isto significa haver logo muitos pontos de ligação”*. Por outro lado, o presidente realçou o interesse do CRP em alargar a sua área de intervenção à comunidade, rentabilizando ao mesmo tempo,

setores da universidade e, ao mesmo tempo, indo de encontro às necessidades da SCMP - *“moveu-nos um interesse conjunto, tem de haver nestas coisas ganhos de parte a parte”*. Mais especificamente, no que diz respeito à saúde e à enfermagem, foi referida a grande vontade de alargar a colaboração já existente anteriormente. Verificamos através deste ponto de vista uma visão bastante abrangente do protocolo, como é compreensível, para além dos aspetos que possam ser mais do âmbito da saúde e mais específicos da enfermagem.

Nos restantes interlocutores verifica-se que esta visão abrangente vai diminuindo, afunilando para a área que cada um coordena e centrando-se nas respetivas especificidades e expectativas. Assim, para o diretor clínico do HP o protocolo é visto na perspetiva daquilo que ao hospital interessa, como a oportunidade de ver melhorada a formação dos enfermeiros, obter ganhos através da experiência de ensino da UCP - *“Permitir ao HP tirar partido da experiência de ensino da UCP”*, assim como, poder contar com a colaboração da universidade na orientação de projetos de investigação. Por outro lado, o diretor clínico olha para a parceria estabelecida como uma oportunidade para a realização de reuniões científicas, congressos, referindo-se mais à área médica, assim como, uma maior possibilidade de publicação de comunicações ou trabalhos conjuntos em revistas científicas. Nesta perspetiva, fez questão de salientar o seu grande interesse e empenho em transformar o HP em hospital de ensino, mudando um pouco a trajetória que encontrou quando assumiu o cargo no ano 2006, em que se evidenciava apenas a vertente assistencial - *“em 2006 quando aqui cheguei, tentei associar à atividade assistencial a formação pré e pós-graduada, tanto na enfermagem como na medicina”*.

A CUEE, quando se referiu a um nível de hierarquia mais elevado, partilhou também da ideia de desenvolvimento de projetos conjuntos ao nível do ensino, da investigação e da prestação de serviços, considerando as instituições de saúde que a SCMP tutela uma mais-valia para a consecução destes objetivos - *“a ideia é termos um laboratório, porque os serviços que existem na SCMP servem para ensino, mas também servem para investigação e para outros projetos de serviço à comunidade conforme a missão que o CRP preconiza”* e, portanto, a possibilidade de ter projetos mais consolidados. Por outro lado, a um nível mais restrito, não nega o interesse de com o protocolo ter, especialmente por parte do HP, uma maior disponibilidade e até exclusividade de locais para a realização de EC *“o facto de podermos contar com o HP, saber que tem um determinado número de doentes e um determinado número de*

serviços e podermos contar com isso de forma clara e segura, é um ganho importante deste protocolo”. De uma forma global, realça a importância que a existência de boas relações pessoais pode ter em vários aspetos e, concretamente neste caso, o impacto que isso teve no desenvolvimento do protocolo “nestas coisas de protocolos, estou cada vez mais convencida que as relações pessoais acabam por influenciar muito”.

Quanto à enfermeira geral, se bem que fez uma breve referência à vertente mais abrangente do protocolo como um *“passo importante [...], uma parceria que envolve duas instituições que se interligam”*, a sua abordagem incidiu quase e só naquilo a que designou de *“nosso protocolo”* (a visão mais restrita), subentendido como a parte mais restrita correspondente à parceria entre o ICS e o HP. A este respeito a enfermeira geral exprimiu algum descontentamento - *“relativamente ao nosso protocolo em si eu penso que [...] não é tão divulgado assim, [...], as contrapartidas, [...] relativamente ao protocolo que existe, eu não o conheço, ou se conheço é um esboço inicial”*. Aproveitou também para fazer referência ao facto de ser necessário renegociar periodicamente o estabelecido uma vez que no seu entender, desde a assinatura do protocolo, se terem verificado mudanças institucionais. Também partilhou o interesse da aliança entre o ICS e o HP e o impacto positivo que isso poderia ter para as duas instituições - *“acho que tem todo o interesse, penso que é o futuro, o hospital estar na universidade a universidade estar no hospital, nem fará sentido ser de outra maneira, temos que de facto aliar os conhecimentos à prática, é muito positivo, é muito construtivo”*. No entanto, continuou a reforçar a necessidade do protocolo ser claramente divulgado junto de todos os implicados, *“que a universidade divulgue e faça saber quais são as suas possibilidades de avançar dentro do hospital e quais são as possibilidades que o hospital tem de avançar para a universidade”*. Por outro lado, tinha a convicção de que existiam projetos que estavam apenas no papel, ou seja no protocolo, mas que não avançaram, como a formação interna dos enfermeiros.

Quanto ao papel do HP na orientação dos EE em EC, a enfermeira geral respondeu à questão mais na perspetiva do apoio que o HP dá aos enfermeiros orientadores - *“eu penso que o hospital respeita e admira os orientadores de estágio, de uma maneira geral, eu penso que eles têm todo o apoio, quer dos serviços, quer da parte clínica”*.

Resultados do Protocolo

Quanto às consequências visíveis do protocolo no domínio da saúde, o presidente do CRP referiu, para além da realização de jornadas científicas, um acordo

relativo aos EC, *“que está agora a ser alargado e trabalhado, tendo-se criado uma nova adenda a este acordo que já está acordada entre as partes e vai ser assinado agora, específica só para desenvolver a área da saúde”*. Este acordo prevê a criação de um centro de tratamentos de feridas no HP, coordenado pelo ICS em articulação com o Centro de Enfermagem da Católica (CEC), que será também um campo de investigação para os EE.

Neste aspeto, as manifestações do diretor clínico encontraram-se, em certa medida, com as do presidente do CRP, pois também se referiu à realização das Jornadas de Infeciologia, de SIDA, de Obesidade, como uma consequência importante do protocolo. Quanto à enfermagem, considerou que se verificou *“muito maior organização na realização dos EC, no curriculum mínimo que os EE devem apresentar e organização relativamente ao tempo que os EE estão em EC”*, assim como, também se verificou um aumento do número de enfermeiros que pretendem progredir com a sua formação académica.

A enfermeira geral manifestou o seu descontentamento acerca dos resultados e, apesar de referir o entusiasmo dos enfermeiros e o orgulho em fazerem parte do processo, considerou que ficou aquém das expectativas, *“sinto que ficamos um bocadinho aquém ...”*. Nesta perspetiva mencionou como negativo o facto de não se ter avançado para a criação do centro de saúde e para o atendimento no domicílio, áreas pelas quais se sentia atraída e que gostaria que tivessem arrancado - *“Há uma área da universidade que me apaixonou imenso, era por exemplo aquela área dos domicílios, dos centros de saúde, desse apoio, era um sonho, [...] ficamos muito restringidos aos EE, ao EC...”*.

No caso da CUEE, os resultados são vistos, essencialmente, em duas dimensões: a disponibilidade de campos para a realização dos EC (já mencionado anteriormente) e a identificação de pessoas interessadas no projeto do ICS. Como referido antes, considerou um ganho importante deste protocolo, poder contar com a disponibilidade dos serviços existentes no HP, de forma que os EC decorressem com normalidade. Por outro lado, destacou o facto de se ter conseguido identificar as pessoas interessadas em participar no projeto de ensino do ICS, subentendendo-se aqui a transformação do HP em hospital de ensino - *“penso que o facto de termos conhecimento neste momento de pessoas que, pelo seu envolvimento e pelas suas capacidades poderão ser atores privilegiados do projeto, foi um resultado importante deste ano”*.

Expectativas

No relativo às expectativas, o presidente do CRP ao nível geral, referiu a intenção de continuar e ampliar os acordos celebrados. Ao nível da saúde, mencionou a intenção de criar em parceria com o HP, o centro de tratamento de feridas, já anteriormente mencionado, um centro de saúde com uma filosofia de cuidados que mencionou de *“diferente”*, com especial enfoque na prevenção primária e com uma *“intervenção inovadora”* junto da população. Para além disso, o desenvolvimento de *“projetos inovadores”* na área da saúde mental, referindo: *“o que pretendemos é que tudo o que seja a expansão da formação que se possa fazer na área de saúde tenha na SCMP um parceiro fundamental”*. Nesta perspetiva, vincou a ideia de que a área da saúde é muito vasta, permitindo por isso mesmo um possível leque de projetos que podem ser desenvolvidos pelas duas instituições (CRP e SCMP), no sentido de também dar resposta às necessidades da comunidade.

Neste âmbito, o diretor clínico frisou a sua intenção de que o HP seja um hospital de ensino, associando à atividade assistencial a formação pré e pós-graduada, tanto ao nível da enfermagem, como ao nível da medicina. As suas expectativas centraram-se na existência de estreita colaboração na área da investigação, *“espero colaboração de apoio a atividades de investigação, que o HP por si só não pode promover sozinho”*; também, maior formação académica dos colaboradores (profissionais do HP) *“para que haja um ensino de qualidade”*. Considerou que a relação institucional *“está em velocidade de cruzeiro”*, e referiu-se à necessidade de maior relação interinstitucional, considerando que as reuniões com o ICS, sobretudo, na área da enfermagem, tinham sido muito escassas, enquanto na área médica, a relação era muito estreita.

A enfermeira geral salientou vários aspetos relacionados com as suas expectativas, como a existência de revisão periódica dos acordos, a divulgação adequada do protocolo, e parceria mais efetiva e eficaz. Para além disso, referiu-se à criação do centro de saúde e de um gabinete da universidade dentro do HP *“gostava antes de me ir embora (antes de me reformar) de ver um gabinete da Universidade Católica cá dentro, isso gostava, porque esse é que era o grande projeto...”*.

Projeto Serviço-Escola

No que respeita ao projeto SE, com exceção da CUEE, quase todos os informantes referiram desconhecer do que se tratava ou tinham pouca informação sobre este assunto, pelo menos com esta designação.

No HP, o diretor clínico, referiu não ter qualquer informação sobre este assunto, tal como a enfermeira geral que referiu *“talvez hospital de ensino, [...] mas também, tal como com as outras coisas... ouvi falar, não teve mais continuidade...”*.

O presidente do CRP assumiu possuir pouca informação acerca do mesmo, mesmo assim, considerou que poderia ser proveitoso, *“nós tínhamos tudo a ganhar em termos uma dinâmica que nos permitisse ter até um campo de intervenção e investigação nesse âmbito, porque essa ligação com a escola é crucial [...] parece-me que é das coisas mais óbvias e mais importantes para se desenvolver [...] eu creio que seria benéfico, muito benéfico o desenvolvimento do projeto”*.

No caso dos professores do ICS e, de acordo com as questões colocadas, os relatos centraram-se, por um lado, à volta do conhecimento que cada um deles tinha sobre o modelo em si e, por outro, acerca da perceção que tinham da sua implementação no HP em termos gerais, no que respeita a aspetos positivos negativos e previsões/sugestões.

Quanto o regente do EC B manifestou que o seu conhecimento acerca do modelo era escasso e obtido de maneira mais informal - *“o que sei acerca do SE, resulta de algumas conversas informais que temos tido [...] será algo que está a ser delineado entre as duas instituições, com base num estudo de investigação, que permita uma parceria entre ambas, bem consolidada”*. Na sua perspetiva, o modelo pode conduzir a melhorias tanto no ensino como na prática de cuidados.

O regente do EC A também concluiu que não tinha grande conhecimento acerca do modelo, apenas que poderia levar a uma *“melhor articulação”* entre a escola e o hospital *“com mais-valias para ambas as partes”*.

O professor do EC B centrou-se em aspetos como aquisição de competências por parte dos EE, existência de uma *filosofia comum* entre escola e hospital, competências formativas e rácio enfermeiro/EE.

Quanto ao primeiro item mencionado, o professor considerou que este modelo poderia ser potencialmente facilitador da aquisição de competências por parte dos EE, desde que os enfermeiros orientadores possuíssem competências formativas. No entanto, considerou que seria imprescindível que a escola e o hospital possuíssem uma filosofia comum e que *“os enfermeiros se sentissem confortáveis para ensinar”*, caso contrário, seria necessário realizar em primeiro lugar formação para diminuir a clivagem entre as duas instituições - *“um modelo de orientação assegurado por enfermeiros, enquanto exercem a sua profissão, poderá ser implementado com sucesso, desde que*

cada um tenha competências formativas e esteja em uníssono com a faculdade”. Porém, não deixou de frisar a importância do rácio enfermeiros orientadores/EE e de que os primeiros estejam verdadeiramente disponíveis para orientar os segundos.

Quanto aos aspetos gerais da sua implementação concreta no HP, o professor referiu-se às expectativas iniciais e aos aspetos mais práticos da questão. Por um lado, a ideia desde o início de que o modelo estaria centrado nas práticas do HP *“desde logo fiquei com a impressão que seria um modelo de orientação muito centrado na prática, e nas práticas em uso no hospital”*. Por outro lado, estava em desacordo com a ideia veiculada numa das reuniões de preparação do EC, de que a função de orientação seria rotativa, em que qualquer enfermeiro poderia orientar os EE, independentemente, das suas competências pedagógicas. Apesar de globalmente considerar que estaria a ter repercussões positivas, sobretudo, na avaliação dos EE, considerou que *“a implementação deste modelo carece de maior investimento em termos de formação, proteção e motivação dos enfermeiros orientadores”*.

A CUEE foi a informante que explorou com mais detalhe este assunto. Nesta perspetiva, as questões colocadas centraram-se nos motivos para a criação deste modelo, nos motivos da escolha do hospital e dos serviços em causa para o início do projeto e, ainda, nos aspetos concretos relativos à implementação do modelo.

No que diz respeito aos motivos para a criação do modelo SE, os temas emergentes a partir do relato da CUEE foram: a legislação, a necessidade da colaboração dos enfermeiros, o *gap* teoria/prática, a ligação escola/serviço e a disponibilidade de locais para EC.

No que concerne à legislação, a CUEE realçou o que está legislado desde o início dos anos oitenta sobre o facto de ser função dos enfermeiros colaborarem na formação. Também, destacou o facto de as escolas terem necessidade da colaboração dos enfermeiros pela *“necessidade de formar mais enfermeiros com menos recursos”*. Neste contexto, referiu-se ao fosso teoria/prática - *“o maior número de experiências conhecidas revelam que nem sempre as coisas foram bem-sucedidas, porque não havia grande articulação entre aquilo que a escola preconizava e o que o hospital fazia”*. Desta forma, considerou da máxima importância o fortalecimento da ligação entre a escola e o hospital, reportando-se a experiências ocorridas noutros países como o Brasil - *“por exemplo do Hospital Universitário da USP, em que o hospital é um bom campo de estágio, porque todo o serviço de enfermagem é da responsabilidade da escola”*, numa perspetiva de que a escola pode ajudar o hospital a prestar melhores cuidados e

numa base de evidência científica. Contudo, também referiu que na base do projeto também estiveram motivos relacionados com a maior disponibilidade de campos de EC.

Relativamente aos motivos de escolha do hospital, os temas que emergiram do relato da CUEE foram: filosofia da instituição, recetividade, instituição de referência e instituição acreditada.

No que respeita à filosofia da instituição foi apontado o facto da mesma pertencer à SCMP e, portanto, tal como a UCP, possuir valores cristãos subjacentes, o que está de acordo com a perspetiva apontada pelo presidente do CRP. Depois, a recetividade da instituição face ao projeto de ser um hospital de referência para ensino, tendo-se registado grande acolhimento da ideia, desde o início. Também foi apontada a necessidade do próprio CRP em ter mais ensino na saúde, necessitando de uma instituição de referência, e iniciar esse projeto pela área da enfermagem. Finalmente, o facto de o HP ter já sofrido um processo de acreditação. Apesar dos motivos mencionados e de considerar o HP como instituição de referência para ensino, a CUEE manifestou vontade de alargar o projeto a outras instituições interessadas.

Quanto aos motivos de escolha de determinados serviços do HP para iniciar a implementação do modelo, os temas que emergiram foram motivação, interesse e envolvimento.

A CUEE salientou a grande manifestação de interesse e motivação dos serviços em causa *“são os serviços onde as equipas se manifestaram mais motivadas e mais interessadas no projeto, claramente porque só podemos avançar com a colaboração dos serviços”*.

No que respeita às fases ou etapas previstas para a implementação do projeto, a CUEE referiu que seria sempre um processo dinâmico e aberto, com alguma imprevisibilidade e, por isso, sem fases previamente programadas - *“é claramente um modelo em implementação, não é um modelo fechado, ou seja, não temos uma ideia do que vai acontecer, porque não conhecemos suficientemente a resposta possível do HP e há de facto ainda alguma indecisão em relação ao que poderá vir a ser o futuro do HP”*. Para o projeto estavam previstos três anos para avaliar os resultados, em que cada ano letivo corresponderá a uma fase ou etapa.

Quanto ao teor das fases, a partir do relato conseguimos identificar temas, como diagnóstico de situação, sensibilização, formação, seleção, promoção da investigação e avaliação de resultados.

No que diz respeito ao diagnóstico de situação, considerou que esta fase tinha ocorrido durante o ano letivo 2009-2010, embora em simultâneo com a realização do EC - *“este 1º ano é um ano em que olhamos as pessoas, percebemos o interesse da instituição e identificamos situações mais problemáticas para levar a cabo o projeto [...] foi a 1ª fase, em que se tentou a responsabilização conjunta da instituição para que os EE fizessem a sua aprendizagem sob responsabilidade direta de alguns enfermeiros”*. Ao mesmo tempo, procedeu-se à sensibilização e formação dos profissionais ao nível dos aspetos pedagógicos e de investigação. Neste aspeto, fez referência ao facto de alguns enfermeiros terem feito já formação avançada e terem adquirido graus académicos superiores, estando alguns interessados em obter o grau de doutor, permitindo identificar pessoas mais vocacionadas para o ensino. A fase seguinte, também já iniciada, passaria pela seleção dos profissionais que pudessem ser considerados *“agentes de ensino privilegiados”*, assumindo que todos os grupos de profissionais podem ser formadores, mas alguns poderão ter *“uma atitude mais privilegiada [...] que possam, inclusivamente, assumir alguns lugares de carreira no ensino”*, assim como alguns professores poderão também vir a assumir funções mais privilegiadas no HP.

A este respeito a CUEE referiu que já estavam identificados elementos, tanto enfermeiros como médicos, interessados e motivados para a realização de investigação em simultâneo com a prestação de serviços. A seleção de enfermeiros orientadores de EC, numa 1ª fase tinha sido assumida pelo HP porque, segundo a CUEE, conhecia melhor os profissionais. No entanto, admitiu que neste aspeto haveria mudanças a partir do ano letivo 2010-2011 – *“avaliamos os resultados e percebemos que haverá que usar outros critérios de seleção, e numa 2ª fase será preciso estabilizar os profissionais que assumam responsabilidades privilegiadas”*.

Segundo a CUEE as fases seguintes iriam relacionar-se com a avaliação dos resultados obtidos e a definição do modelo a implementar, desejando que o HP assumisse plenamente a sua função de ensino, em articulação com os professores do ICS, de forma *“a incorporar na prática a evidência, ou seja, não agir no sentido apenas de produzir cuidados de saúde, mas de aliar à prestação dos cuidados, permanentemente, uma perspectiva de investigação e de formação”*.

Poderemos dizer que, de uma forma global, os informantes, com exceção da CUEE, referiram-se à parceria estabelecida entre o ICS e o HP e a possíveis projetos em curso ou previstos para o futuro, não com a designação de um modelo específico

“Serviço-Escola”, mas com a designação de Hospital-Ensino, no caso do diretor clínico e da enfermeira geral, ou então apenas como um tipo de parceria. Nesta perspetiva, as questões colocadas, aos 3 professores do ICS, direcionaram-se para aspetos mais relacionados com o desenvolvimento dos EC A e B no HP. Assim, a partir dos objetivos traçados para cada entrevista, das questões levantadas e das respostas obtidas, foi possível identificar temas acerca da parceria estabelecida, como os aspetos positivos, as dificuldades gerais, a seleção dos enfermeiros orientadores, as contrapartidas para os enfermeiros orientadores, a supervisão em simultâneo com prestação de cuidados, a realização das OT, função do Professor, que abordaremos em seguida.

Aspetos positivos

Do relato do regente do EC B não evidenciamos apenas a referência a reflexos positivos gerais no futuro decorrentes da implementação do modelo – *“poderá trazer muitos benefícios em termos de percurso de aprendizagem para os nossos EE em contexto de prática clínica [...], poderá dar-nos uma maior segurança em termos do perfil de EE que queremos formar”*. No entanto, referiu não ter identificado ainda quaisquer benefícios”.

O relato do regente do EC A foi de encontro ao anterior, de que o modelo poderia ter vantagens no futuro, embora não tivesse constatado qualquer mudança no presente. No entanto, admitiu que foi necessário reunir mais vezes por causa do novo método de orientação dos EE, assim como, para falar dos enfermeiros orientadores propostos pela direção de enfermagem. Apesar disso, referiu que correu tudo com normalidade – *“durante este EC a escola cumpriu e o serviço tentou, sempre, que a aprendizagem dos EE e o bem-estar dos doentes não fossem postos em causa”*. Do relato subentende-se o esforço necessário para que tudo tivesse decorrido como previsto no ano letivo em causa, em virtude das alterações verificadas e que abordaremos adiante.

O professor responsável pelos EE do EC B no HP referiu como aspetos positivos globais resultantes da implementação do modelo, a menor sobrecarga de horário para os enfermeiros orientadores e o facto de estes pertencerem ao HP, como facilitador da integração dos EE nas dinâmicas do hospital, assim como, *“a proteção e hospitalidade proporcionada aos estudantes”*.

Dificuldades gerais

Neste âmbito, a enfermeira geral referiu-se a dois aspetos concretos: a avaliação dos EE em EC e os aspetos logísticos de acomodação dos EE.

No que respeita ao primeiro assunto abordou o carácter subjetivo da avaliação e a percepção que tinha de que nem sempre as coisas tinham corrido bem, no sentido de que não havia consensos e de que havia grande heterogeneidade entre avaliadores do mesmo serviço e entre avaliadores de serviços diferentes - *“sinto que não é igual de piso para piso, sinto e já não é a primeira vez nem segunda, que isto é verbalizado [...]”*. Questionada sobre as razões da discrepância de critérios referida, considerou que se prendiam não só com os enfermeiros orientadores, mas também com *“a política de serviço”*. Considerou que seria importante que a escola tivesse a última palavra e que criasse um *“tronco comum”*, em termos de indicadores mais objetivos de avaliação dos EE, de forma a eliminar o mais possível as diferenças entre os enfermeiros orientadores. Neste aspeto, foi ainda mais longe, manifestando o seu desacordo perante situações mais problemáticas e que, no nosso entender, deixaram transparecer algum conflito possível ou mal-estar dentro da própria instituição, como se pode depreender pela afirmação que se segue: *“a avaliação é um momento muito complexo, stressante e angustiante para as pessoas, não me parece de todo... não vejo grande interesse que o enfermeiro chefe tenha a última palavra [...]”*.

Quanto aos aspetos logísticos a enfermeira geral referiu o seu desconforto e a sua discordância pelo facto de os EE estarem no vestiário geral com piores condições, deixando de ter o espaço que lhe tinha sido atribuído nos anos anteriores, o que considerou extremamente negativo. Por outro lado, também considerou negativo o facto de o HP ter ocupado as salas que anteriormente estavam destinadas às sessões de OT com os EE e às reuniões entre professores e enfermeiros orientadores. Assim, as OT passaram a realizar-se em grande parte no ICS o que, no seu entender, levou ao afastamento da escola em relação ao hospital e ao menor envolvimento dos enfermeiros orientadores nas sessões de OT dos EE.

No caso da CUEE os temas emergentes do relato, no que respeita às dificuldades centraram-se: no não envolvimento dos enfermeiros, na falta de comunicação, na filosofia de trabalho da instituição, na incompatibilidade de funções e no *status quo* ao nível do HP.

O não envolvimento dos enfermeiros foi referido como a maior dificuldade e, na opinião da CUEE, devia-se ao facto de não ter havido uma sensibilização e motivação dos mesmos *“as pessoas envolvidas, ou as pessoas que se deverão envolver, não se envolvem por ordem superior, precisam de ser motivadas para isso e esta é para mim a maior dificuldade, é conseguir envolver todos os enfermeiros no projeto”*. Depois,

apontou a falta de comunicação intrainstitucional no HP, como outra das dificuldades, sobretudo, pelo facto da enfermeira geral não pertencer ao conselho de administração do HP, ficando à margem de muitas das decisões que são tomadas, o que trazia como consequência, uma dificuldade de articulação com os desejos de cada um dos intervenientes e a falta de envolvimento dos enfermeiros.

A seguir, outra dificuldade mencionada relacionou-se com a filosofia de trabalho do HP, muito vocacionada para a produção clínica, funcionando por objetivos no sentido de apresentar determinados resultados clínicos e não tanto vocacionada para objetivos em termos de ensino e de investigação.

Outra das dificuldades, segundo a CUEE, prendia-se com a incompatibilidade de funções encontrada nalgumas situações dos enfermeiros orientadores, nuns casos pelas funções de coordenação que exerciam no HP, noutros, pela sobrecarga em termos de rácio enfermeiro orientador/doentes, em que se verificava que, para além de terem a seu cargo a orientação dos EE e a prestação de cuidados aos doentes atribuídos aos mesmos, ainda tinham a seu cargo outros doentes.

Outro aspeto identificado como provável dificuldade pela CUEE, relacionava-se com o facto de a instituição poder não estar interessada em fazer mudanças concretas, adotando um papel mais passivo - *“o desafio para o fim deste ano em termos de avaliação, é que a instituição acorde em mobilizar essas pessoas para o projeto e não se situe numa posição de colaborar sem se mexer, no sentido de dizer 'queremos colaborar, mas não mexemos muito no status quo da instituição' ”*.

O regente do EC B referiu-se a várias dificuldades encontradas, de âmbito mais específico, relacionadas com aspetos concretos do desenvolvimento do EC em causa. Por um lado, o facto de, no ano letivo a terminar (2009-2010), os enfermeiros orientadores terem sido seleccionados sem que o ICS tivesse tido qualquer participação, por outro, alguma dificuldade em articular aquilo que a escola considera que é o melhor para os EE e aquilo que o hospital pretende, aliado a decisões tomadas praticamente em cima da hora. A este respeito, deu um exemplo: o facto de, por redução do número de EE inicialmente previsto, se ter optado por prescindir de um dos quatro serviços, tendo-se comunicado tal facto na reunião preparatória, entretanto, logo a seguir - *“na semana de início do EC tivemos conhecimento que afinal os EE iriam para o campo de estágio de que havíamos prescindido, o que obrigou a uma redistribuição dos EE no 1º dia de EC. Foi portanto um início de ano letivo um pouco conturbado”*. Também, o facto de no primeiro semestre do ano letivo 2009-2010, as OT terem sido realizadas apenas pelo

professor, com ausência dos enfermeiros orientadores, com repercussões negativas na orientação dos EE.

Quanto ao professor do EC B, considerou a verificação daquilo que designou de *“perda da independência do carácter formativo”*, devido à aplicação do modelo em uso no HP o que, na sua opinião, acabava por dificultar a reflexão sobre a prática, provocar maior afastamento dos EE relativamente à escola e aumentar a apreensão dos mesmos, dada a clivagem entre o modelo em uso e o modelo exposto, ilustrada por expressões por parte dos EE, como *“temos de ser uma coisa para a faculdade e outra para o hospital”*.

Também, se referiu à dificuldade em *“implementar com sucesso estratégias pedagógicas facilitadoras da aprendizagem”*, pela pouca disponibilidade dos enfermeiros orientadores, motivada pelo facto de terem doentes atribuídos - *“ao terem doentes atribuídos, dificilmente conseguiam estar a discutir comigo estratégias pedagógicas para implementar”*. E, quanto a este aspeto, referiu-se ao facto de os enfermeiros estarem a orientar os EE no seu horário de trabalho, *“devendo obediência à instituição a que pertencem, o que faz com que os assuntos relacionados com os estudantes, por vezes, não tivessem a devida prioridade”*.

Fez referência a situações concretas em que a escola não foi informada, como casos de férias ou doença dos enfermeiros orientadores e respetiva substituição, assim como, a interferência dos enfermeiros chefes em decisões que deveriam ser partilhadas com a escola - *“outra dificuldade encontrada foi a de fazer perceber aos enfermeiros chefes que a condução pedagógica dos estudantes diz respeito à universidade”*. Como exemplos apontou o planeamento de estágios de observação, ações de formação e produção de material científico para os serviços e substituição de enfermeiros orientadores, sem o seu conhecimento prévio. Este aspeto, segundo o professor, deveu-se ao facto de, após início do ano letivo 2009-2010, ter pairado a ideia no hospital de que seria o HP o responsável pela formação dos EE e que a escola apenas *“seria como que um parceiro facilitador do processo, essencialmente a nível teórico”*, o que levou a que alguns enfermeiros chefes considerassem que a substituição de enfermeiros orientadores e a distribuição de EE pelos doentes ficasse ao seu critério - *“o caso mais grave aconteceu num dos serviços com a substituição do orientador por um prazo de uma semana, motivo – férias, em que o enfermeiro que o substituiu não evidenciava quaisquer competências para o cargo”*. Também se verificou que algumas vezes os EE foram distribuídos de forma a colmatar carências dos serviços.

O regente do EC A também referiu dificuldades no âmbito do desenvolvimento do EC em causa, algumas comuns com o relato dos outros professores. Assim, apontou como *“primeiro constrangimento”* o facto de não ter sido dada à escola a possibilidade de escolher os enfermeiros orientadores, embora já fossem conhecidos e já tivessem colaborado em anos anteriores. Depois, apontou as situações em que o número de doentes atribuídos aos enfermeiros orientadores era superior ao número de doentes atribuídos aos EE, como sendo um problema - *“uma vez que se tornava difícil fazer uma supervisão constante e integral do EE”*, e levando a que alguns EE tivessem prestado cuidados de forma mais autónoma, numa altura em que não era suposto que isso acontecesse. Este problema apareceu por vezes aliado à falta de colaboração dos outros elementos da equipa de enfermagem, que consideraram que não fazia parte das suas funções, sobretudo, avaliar a prestação dos EE quando colaboravam esporadicamente na supervisão.

Seleção de Enfermeiros Orientadores

Este foi um dos aspetos abordados de forma intensa pelos informantes mais diretamente relacionados com o EC: a CUEE, a enfermeira geral, os professores.

A enfermeira geral reconheceu que, até ao momento, o processo de seleção dos enfermeiros orientadores não teria corrido como desejado, no sentido de que, nos dois anos anteriores, ele esteve quase exclusivamente a cargo do hospital, a partir da manifestação de vontade por parte dos enfermeiros e tendo em conta a avaliação do desempenho dos mesmos. Tinha consciência de que esta forma de seleção não agradava à escola, uma vez que percebia que esta nem sempre concordava com a escolha de alguns dos elementos. Embora a enfermeira geral ainda não tivesse dados suficientes, considerou positiva a alteração introduzida no início do ano letivo em curso (2010-2011) em que, perante a manifestação de vontade de alguns enfermeiros e a proposta do hospital, a escola pronunciou-se e sugeriu a introdução de alguns elementos e a exclusão de outros, processo que, na sua opinião, correu bem, sentindo-se por isso mais satisfeita - *“Demos um grande salto este ano, parece-me, aprendemos (na circunstância, eu)”*.

Quando interrogada sobre os critérios de seleção e as características que consideraria necessárias no enfermeiro orientador, referiu que seria importante ser um *“enfermeiro de referência”* em termos pessoais e profissionais, que tivesse ascendente na equipa onde estava inserido, que gostasse de ensinar e de aprender e que *“dê o exemplo, que se afirme pelo exemplo”*. Considerou também a frequência por parte dos enfermeiros da formação específica oferecida pelo ICS, como um critério importante

para a seleção, acabando por concordar que essa formação tinha sido dada - *“a faculdade também há dois anos a esta parte começou a dar formação específica [...] É um critério (a formação), além de ser um critério que determina obrigação, determina um dever, não é um voluntariado”*.

A perspetiva da CUEE foi de que a seleção dos enfermeiros orientadores teria de obedecer a determinados critérios e respeitar etapas bem delineadas. Neste sentido, aceitou que o HP realizasse a seleção dos enfermeiros orientadores numa primeira fase, por considerar que o hospital os conhecia melhor (apesar de a maior parte dos mesmos já colaborar há alguns anos com o ICS na orientação dos EE em EC). Depois, considerou que seria importante abrir um processo de candidatura para todos os enfermeiros do HP interessados, atendendo a determinados critérios, para que se procedesse à respetiva seleção, de acordo também com o parecer do HP - *“o que está previsto é abrir uma candidatura para a função no próximo ano (2010-2011) [...] a partir da divulgação de determinados critérios [...] e depois selecionarmos aqueles que dentro desses critérios nos parecem que cumprem com mais qualidade”*. Segundo a CUEE, a formação formal em didática e tutoria clínica, será um dos requisitos que os enfermeiros devem preencher para que possam orientar os EE, sendo que, para além da frequência da formação planeada para os restantes docentes, deverão ter formação nesta área, realizada no ICS ou noutras instituições. Acerca do que se passou no último ano letivo, reconheceu que alguns enfermeiros, pelas funções de coordenação que exerciam nos respetivos serviços, apresentavam incompatibilidade com a função de orientação de EE em EC.

O regente do EC B referiu-se à seleção de enfermeiros orientadores como um dos aspetos mais negativos do ano letivo que tinha terminado (2009-2010), estando em total desacordo com o facto de o ICS não ter tido qualquer participação no processo, considerando que foram selecionadas pessoas sem perfil para o desempenho da função - *“esta situação foi contra um dos nossos pressupostos que diz respeito à seleção de colaboradores que, já anteriormente, tenham orientado estudantes da Universidade Católica [...] Verificou-se que alguns deles não estavam preparados para a função, tendo inclusivamente um deles sido substituído a meio do EC”*. A este respeito, referiu-se também a alguma falta de comunicação atempada das decisões, uma vez que realizou uma reunião com os enfermeiros orientadores no final de Julho de 2009 para preparação do ano letivo seguinte, sem que nessa altura tivesse havido qualquer comunicação acerca de possíveis mudanças, as quais vieram a acontecer logo em Setembro no início

do EC. Assim, na reunião preparatória uma semana antes do início do EC, tomou conhecimento de alguns novos orientadores, sendo informado nessa altura que exerceriam as funções de orientação no seu horário de trabalho. A este respeito, considerou que seria vantajoso que o enfermeiro orientador fosse do HP, mas que essa decisão deveria ser tomada com a devida antecedência e reafirmou a importância de uma adequada seleção – *“acredito que os enfermeiros orientadores têm um papel muito importante no desenvolvimento de competências dos nossos EE e para isso terão que ter características específicas nomeadamente ao nível das relações interpessoais”*. No que respeita à rotatividade dos enfermeiros orientadores considerou que a mesma poderia até ser benéfica para a aprendizagem dos EE, desde que se respeitasse o critério de possuírem formação e de já terem experiência prévia de orientação de EE neste tipo de EC.

O professor do EC B considerou que os enfermeiros orientadores deveriam ser seleccionados pelo ICS, de acordo com um conjunto de critérios bem definidos, sendo que a sua colaboração definitiva fosse decidida pelas duas instituições. Nesta perspetiva, também se referiu às dificuldades que alguns enfermeiros orientadores manifestaram em orientar os EE em assuntos como *“o processo de enfermagem, linguagem classificada, pensamento crítico e tomada de decisão clínica, portefólio, estudos de caso, registos de enfermagem”*, pelo que acharia pertinente a criação de uma formação específica para enfermeiros orientadores em EC, a qual seria também um dos critérios para a seleção. O facto de se ter verificado a presença de enfermeiros orientadores sem experiência prévia levou, segundo o professor, a que ocorressem situações que considerou pouco facilitadoras da aprendizagem, como *“censura de reflexões [...], foram diversas as situações que envolviam reflexões dos estudantes (baseadas em evidência científica) que iam contra a prática em uso, e que foram ou alvo de censura ou ignoradas por parte de alguns enfermeiros orientadores”*. A rotatividade dos enfermeiros orientadores foi bem vista pelo professor, desde que se respeitassem os critérios de seleção e que demonstrassem competências em supervisão clínica, podendo até ser vantajoso para os EE, pela diversidade de aprendizagens que isso poderia significar. Alertou para a necessidade de se atender à competitividade entre enfermeiros orientadores que se terá verificado no ano letivo 2009-2010 e que foi prejudicial para a aprendizagem dos EE.

Também o regente do EC A manifestou o seu desagrado pela escola não ter tido qualquer intervenção na seleção de enfermeiros orientadores, sentindo esse processo mais como uma imposição, considerando que deveria ter havido negociação entre a

escola e o hospital – *“os orientadores foram propostos pela Senhora Enfermeira Diretora. Deram-me conhecimento dizendo que eram pessoas com experiência na orientação de EE e que tinha de ser assim [...]”*. Apesar do desacordo quanto ao processo de seleção, referiu que os enfermeiros orientadores em causa já tinham tido experiências de orientação anteriores e que realizaram um bom trabalho com os EE durante o EC. Sobre a rotatividade dos enfermeiros orientadores considerou que poderia ser bom mudar, desde que tivessem perfil, experiência e gostassem de orientar EE.

Contrapartidas para os Enfermeiros Orientadores

Neste aspeto foram questionados os informantes do HP, mas verificou-se a abordagem deste assunto também pelos elementos do ICS.

O diretor clínico abordou as contrapartidas para além da compensação económica, referindo-se à promoção da qualidade assistencial, *“os ganhos têm de se medir na qualidade dos serviços prestados, é bom para os enfermeiros e é bom para o HP [...], temos de olhar este aspeto sob o ponto de vista pessoal e profissional e, também, do ponto de vista da melhoria da organização, mede-se pelos resultados financeiros e pela qualidade”*.

A enfermeira geral considerou que se tratava de outro aspeto sobre o qual também não tinha pleno conhecimento - *“a parte economicista da questão [...] ultrapassa-me [...], é igual para todos e foi calculado com um acordo, não por mim [...], frisando no entanto, que considerava que os enfermeiros estavam satisfeitos. Abordada sobre outros tipos de contrapartidas para os enfermeiros, considerou que o facto de os enfermeiros orientarem os EE dentro do seu horário normal de trabalho, constituía um “avanço importante”, na medida em que deixaram de ter de acumular a função de orientação noutro horário e, por isso, de ficarem com sobrecarga horária semanal, reforçando o apoio que considerava que os enfermeiros tinham do hospital em geral e dos serviços em particular.*

O professor do EC B referiu-se às armadilhas que poderiam estar subjacentes às motivações dos enfermeiros, em termos de orientação de EE, e dos reflexos que isso pode ter na supervisão – *“terem como principal foco motivacional o reforço financeiro e a conveniência de horários, leva a que por vezes os estudantes sejam um meio, e não o fim”*.

Também o regente do EC A considerou que as contrapartidas não compensavam em relação ao que era exigido aos enfermeiros orientadores em causa.

Supervisão de EE em Simultâneo com a Prestação de Cuidados

A enfermeira geral exprimiu algum descontentamento, considerando não ser a situação ideal, encarando-a mais como uma medida para tentar resolver o problema da orientação dos EE sem que os enfermeiros tivessem de sobrecarregar o seu horário. No entanto, considerou que esta estratégia acabava por também sobrecarregar os enfermeiros orientadores e os próprios serviços, *“é uma grande boa vontade dos serviços, efetivamente, os rácios mantêm-se os mesmos desde a abertura, [...] e o movimento é enorme, portanto é de facto um esforço grande”*. Referiu que o seu desejo era que os enfermeiros orientadores estivessem supranumerários e não distribuídos no plano de trabalho do serviço, considerando que, no futuro, o HP terá de rever os rácios de pessoal em cada serviço. Admitiu inclusive que seria bom que existisse um *“núcleo de formação da universidade [...], uma bolsa de enfermeiros disponíveis para o efeito [...], extensão da universidade”* que, fora do tempo de orientação, pudessem ser aproveitados para realizarem outras funções dentro do HP.

Na sua opinião não era possível realizar plenamente as funções de supervisão de EE e a prestação direta de cuidados, pois o tempo que os enfermeiros tinham para a realização dos dois tipos de funções era igual ao tempo que tinham para fazer só uma delas, *“é uma desvantagem que interfere no ritmo e dinâmica deles [...], eu posso perceber que, se eu estou a controlar, a ver, a avaliar vários EE e tenho um plano de trabalho atribuído, [...] há ali lapsos de tempo em que alguma coisa vai ficar mal, [...] porque as horas são as mesmas”*.

Neste assunto, a opinião da CUEE foi um pouco diferente da dos restantes informantes, sobretudo, na fundamentação, sendo possível identificar através do seu relato três aspetos essenciais: enfermeiro orientador/prestador de cuidados, autonomia na tomada de decisões e determinação de rácios enfermeiro/EE/doentes.

Assim, para a CUEE o enfermeiro para orientar EE teria de ter doentes atribuídos pelos quais seria responsável direto em termos da prestação de cuidados – *“o enfermeiro orientador tem de ser responsável pelos doentes com quem o EE trabalha [...], apenas estar com os EE, isso é papel do professor e não do enfermeiro orientador ali no local”*. Neste sentido, considerou que não poderia ser de outra maneira, uma vez que o enfermeiro para orientar teria de ter autonomia na tomada de decisão, o que só seria possível se estivesse diretamente responsável pelos doentes atribuídos aos EE que orientasse – *“porque o enfermeiro que orienta os EE tem de ter autonomia para decidir o que faz ao doente, não pode ser outro colega a decidir isso”*.

Na sua opinião, o grande desafio residia em determinar qual o rácio mais adequado no que respeitava ao número de EE e de doentes que deveria ser atribuído a cada enfermeiro orientador – *“a nossa dificuldade está no número de doentes que o enfermeiro orientador possa ter a seu cargo, mas que também tem de ser proporcional ao número de EE que tem, e isto precisa de ser aferido”*. Nesta perspetiva, considerou que não seria viável que o enfermeiro orientador tivesse a seu cargo a orientação dos EE, a prestação de cuidados aos doentes atribuídos aos mesmos e, ainda, outros doentes que não estão distribuídos aos EE, ou então, que os EE tivessem doentes doutros enfermeiros que não os do respetivo enfermeiro orientador – *“penso que os resultados são claramente negativos, quer dizer não funciona e será um acréscimo de trabalho insuportável”*.

Nesta matéria, o regente do EC B apenas considerou como prejudicial o facto de alguns enfermeiros orientadores terem funções de gestão nos respetivos serviços, referindo que a situação já tinha sido corrigida. Quanto ao facto dos EE ficarem só com os doentes atribuídos ao seu enfermeiro orientador, também considerou que, nalguns casos, as experiências dos EE ficaram condicionadas, assim como, os EE se poderiam ter visto forçados a uma progressão de atividades mais rápida, *“uma vez que todos os cuidados terão de ser prestados àqueles doentes, se não forem os EE a fazê-lo terá de ser o enfermeiro orientador e, quando assim é, o tempo disponível para acompanhar o EE é afetado”*. No entanto, referiu como vantagens o facto de os EE poderem observar melhor a prestação de cuidados aos seus doentes, assim como, o facto de os enfermeiros orientadores poderem selecionar de forma mais adequada os doentes que interessam para a consecução dos objetivos do EC.

O professor do EC B referiu problemas muito concretos baseados na sua prática e contacto frequente com as situações ocorridas em EC, considerando que a supervisão em simultâneo com a prestação de cuidados, na prática, poderia levantar alguns problemas. O primeiro problema encontrado foi a falta de tempo dos enfermeiros orientadores para: reunirem com o professor e debaterem aspetos relacionados com o EC, orientarem de forma adequada cada um dos EE que estavam a seu cargo, realizarem entrevistas aos EE e, de uma forma geral, para *“acompanhamento dos estudantes em todas as metodologias de aprendizagem preconizadas”*, referindo que *“os momentos mais complexos ocorrem nas alturas em que há muito que fazer e em que o enfermeiro orientador não é capaz de estar em todo o lado ao mesmo tempo [...], se antes ele*

podia ir com um EE enquanto os outros estavam com os restantes enfermeiros, agora ele tem de ir com todos os EE”.

Segundo o professor, este facto fez com que existisse uma certa “*rotinização pedagógica*”, andando todos atrás do enfermeiro orientador à espera que chegue a sua vez de executar determinado procedimento, prejudicando a aquisição de competências individuais. Tal como a enfermeira geral e a CUEE, considerou que seria importante repensar o número de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador, uma vez que a sua carga de trabalho se encontrava aumentada pelo facto de também ter EE para supervisionar, pelo que não poderia estar com o mesmo número de doentes como quando não tinha EE, caso contrário – “*estamos a pactuar com uma aprendizagem centrada na aquisição do modelo em uso, focado na execução de tarefas*”.

Apontou, ainda, o facto de os enfermeiros orientadores, por estarem no seu horário de trabalho, se virem muitas vezes, pressionados a deixarem para segunda prioridade os assuntos relacionados com a orientação dos EE. Referiu ter-se verificado algum afastamento dos outros enfermeiros da equipa que não estavam a orientar, enquanto dantes e responsabilidade pela supervisão era mais partilhada e existia maior entreajuda na prestação de cuidados. O professor referiu queixas de alguns enfermeiros orientadores – “*Os doentes são meus... A responsabilidade é toda minha [...]. Eu tenho os meus doentes e os meus colegas não ajudam [...]. Uns ajudam-me, outros não querem saber e dizem: tens os EE...*”. Na sua opinião, este facto levou a que alguns dos enfermeiros orientadores apressassem os EE ou os substituíssem, para que não se verificassem atrasos e que, para além da maior rapidez na execução dos vários procedimentos, tivessem dado “*algumas indicações (nem sempre consonantes com o que preconiza a faculdade) para que o ‘serviço fique feito’ (ex.: distribuição de toda a terapêutica por um EE)*”.

Também, decorrente do facto de os EE só ficarem com os doentes atribuídos ao enfermeiro orientador, o professor considerou que, nalguns casos, surgisse limitação das experiências dos EE – “*por vezes, constatarem-se situações em que os estudantes nada tinham para fazer*”.

O regente do EC A referiu que esta modalidade de supervisão tinha vantagens e desvantagens. Como vantagens deste tipo de supervisão referiu que no início do EC os enfermeiros orientadores tinham só os doentes atribuídos aos EE e estes, como tinham ainda uma atuação muito limitada, podiam “*observar, questionar e muitas vezes refletir sobre os cuidados que os orientadores prestavam aos seus doentes [...], funcionava*

quase como uma aula de demonstração”, em que os enfermeiros orientadores explicavam o que faziam, o que ajudava a recordar temas lecionados e a adquirir novos conhecimentos, *“depois viam fazer e de seguida faziam eles, e a reflexão dos EE sobre a metodologia era muito positiva”*. Nesta perspetiva, considerou que permitia aos EE ter um maior conhecimento e uma visão mais abrangente do doente.

No entanto, mencionou que os enfermeiros orientadores referiram maior dificuldade em acompanhar os EE de forma integral, tendo muitas vezes de recorrer à ajuda dos outros colegas de equipa para o fazerem, os quais, por vezes, reagiam defensivamente, sobretudo, no que dizia respeito à avaliação – *“os colegas colaboram, mas depois na hora de avaliar não querem muito intervir, dizendo que a responsabilidade é de quem está com os EE”*. Esta dificuldade de acompanhamento dos EE aumentou quando os enfermeiros orientadores tiveram que ficar com outros doentes para além dos distribuídos aos EE, o que se repercutiu negativamente na supervisão – *“houve EE que referiram terem prestado cuidados de forma mais autónoma porque os enfermeiros orientadores estavam ocupados”*, considerando o regente que, no estágio de aprendizagem em que os EE se encontravam, isso não deveria ser possível. Dado tratar-se do primeiro EC em meio hospitalar, considerou que os enfermeiros orientadores não deveriam ter doentes atribuídos, devendo só ficar com os EE, ou se isso não fosse possível, só deveriam ficar com os doentes atribuídos aos EE. Referiu-se às queixas dos enfermeiros orientadores que referiram que, quando tinham de prestar cuidados aos seus doentes, não tinham tempo de supervisionar todos os EE que estavam sob a sua orientação.

Segundo o regente do EC A, a reação dos enfermeiros orientadores perante esta modalidade é, globalmente, negativa, no entanto, receiam manifestar a sua opinião mais abertamente. Considerou que a reação negativa dos enfermeiros orientadores também estaria relacionada com o facto de se tratar de um EC que exigia maior investimento e que a contrapartida económica não compensava o acréscimo de trabalho”.

Realização das OT

A enfermeira geral considerou que seria muito importante a presença e participação dos enfermeiros orientadores nas OT.

A CUEE considerou que seria necessário avaliar os resultados do ano letivo 2009-2010 e, em função disso, determinar qual o modelo a seguir no próximo ano para verificar qual o modelo mais vantajoso a seguir. A sua convicção foi de que a realização das OT, no futuro, poderia estar uma parte a cargo dos professores do ICS, e outra parte

a cargo dos enfermeiros orientadores, considerando que seria vantajoso a realização de algumas OT em conjunto, pelo facto de poder contribuir para diminuir a clivagem entre a escola e o CPC – *“pode colmatar aqui algumas diferenças que possam ter influência na aprendizagem, portanto, talvez esta necessidade de haver algumas horas sempre em conjunto se justifique”*.

O regente do EC B apontou como aspeto negativo, o facto de no 1º semestre as OT terem sido realizadas exclusivamente pelo professor e sem a presença dos enfermeiros orientadores *“ o que diminuiu a possibilidade de serem discutidos incidentes que aconteceram no decurso da prática de cuidados com a supervisão do enfermeiro orientador”*, aspeto que foi corrigido no 2º Semestre, tendo-se apelado à flexibilização dos horários dos enfermeiros orientadores para que pudessem estar presentes.

O professor do EC B referiu os progressos realizados no ano letivo 2009-2010, em que numa primeira fase as OT foram realizadas por ele em pequenos grupos, passando depois a serem realizadas em conjunto com todos os EE a frequentarem o EC B no HP. No entanto, constatou a ausência dos enfermeiros orientadores, pelo facto de as OT serem realizadas durante o final do turno da manhã, altura em que se encontravam no plano de trabalho do turno. Este facto conduzia a algum desfasamento entre o preconizado pela escola e pelo hospital, manifestado pelos EE por queixas como *“aqui aprendemos assim mas, depois nos serviços temos que fazer de outra forma...”*, pelo que foi sugerido à enfermeira geral que os enfermeiros orientadores fossem dispensados do serviço durante a realização das OT, para poderem estar presentes nas mesmas. Na opinião do professor, esta mudança teve efeitos bastante positivos *“a partir do momento em que os enfermeiros orientadores passaram a estar nas reuniões, a discutir com os EE a forma de prestarem melhores cuidados, constatou-se uma franca evolução em todos os grupos”*. O professor considerou que seria benéfico um modelo em que fosse possível manter algumas OT com todos os enfermeiros orientadores e, ao mesmo tempo, permitisse que cada enfermeiro orientador estivesse em separado com o seu grupo de EE, para permitir um acompanhamento de cada EE mais personalizado.

Segundo o regente do EC A, os enfermeiros orientadores realizaram as OT que lhe estavam inicialmente atribuídas e da forma que estava prevista – *“foi assim estabelecido para todos os locais de EC e correu bem”*.

Função do Professor

Este item apenas foi abordado com maior intensidade pelo professor do EC B, em parte pela especificidade das questões que lhe foram dirigidas dentro desse âmbito e, por outro lado, também pela sua própria vivência concreta neste contexto, uma vez que, dentro do EC em causa, funcionava como um elo de ligação entre o ICS e o HP. Do seu relato transpareceram dificuldades, algumas das quais já mencionadas noutros itens, mas que vale a pena analisar noutra perspetiva. Um desses aspetos prendeu-se com a sua dificuldade em conseguir fazer face a todo o tipo de solicitações, ou mesmo até ter tempo para poder estar com os enfermeiros orientadores e com os EE, passar pelos serviços, observar, estar por dentro, que se traduziu através de expressões como *“senti-me como que um bombeiro, com vários fogos para apagar [...], deveria coordenar um conjunto de 7 enfermeiros orientadores e 38 EE”*.

O professor admitiu que o contexto encontrado foi por vezes adverso, dificultando aquilo que considerava ser a sua missão - *“o meu papel foi muitas vezes difícil de desempenhar”*, por vezes, em relação aos enfermeiros orientadores, que se apresentavam com pouca disponibilidade para reunir com ele - *“a relação estabelecida com os orientadores foi extremamente difícil pois, ao terem doentes atribuídos, dificilmente conseguiam estar a discutir comigo estratégias pedagógicas”*. Outras vezes, sentiu-se ultrapassado pelos enfermeiros chefes, dando conta de que tinham substituído enfermeiros orientadores e interferido na dinâmica de organização dos EE, sem que lhe tivesse sido dada qualquer informação prévia. No que respeita à orientação dos EE propriamente dita, também encontrou algumas barreiras relacionadas com as dificuldades dos enfermeiros orientadores, mas sobretudo, com as conceções destes acerca da enfermagem e do ensino - *“foi feita uma tentativa de separação entre a ‘enfermagem teórica’ e a ‘enfermagem prática’ [...] Assim, fui confrontado muitas vezes com o papel de responsável pela parte teórica que incluía: estudos de caso, planos de cuidados, utilização de linguagem classificada, portefólio, pesquisa bibliográfica, registos sistematizados; enquanto aos enfermeiros orientadores caberia a parte prática”*. Neste sentido, sentiu a necessidade de promover reuniões conjuntas com os enfermeiros orientadores e EE, para diminuir a clivagem encontrada - *“com o tempo foi-se incutindo uma cultura de aprendizagem mútua em substituição da ideia tradicional de que o conhecimento vem sempre do professor”*.

Sugestões e Expectativas

Quanto ao modelo de parceria e ao desenvolvimento dos EC, foram várias as expectativas e sugestões veiculadas pelos professores.

O regente do EC B esperava que no ano letivo 2010-2011, as dificuldades encontradas fossem resolvidas, sobretudo, que a seleção de enfermeiros orientadores fosse feita de forma diferente. A sua sugestão foi no sentido de que o ICS tivesse um papel mais ativo e que desse seguimento às medidas delineadas anteriormente sobre este assunto. Esperava que os enfermeiros orientadores continuassem a participar na formação de docentes realizada mensalmente, cujo conteúdo versava sobre supervisão clínica, e que, com a sua participação nas OT do professor, pudessem ficar melhor preparados. Considerou ainda que seria importante promover a comunicação entre o ICS e o HP, através da realização de reuniões periódicas ao longo do ano letivo, previamente agendadas, *“com o objetivo de discutir e refletir acerca das dificuldades sentidas e estratégias a utilizar para potenciar esta colaboração/parceria”*.

O regente do EC A salientou o carácter específico deste EC, de ser o primeiro em contexto hospitalar - *“é tudo novidade e exige muito do enfermeiro orientador que não pode dedicar-se 100% ao EE”*, esperando que neste caso, os enfermeiros orientadores ficassem apenas com os EE e não com doentes atribuídos.

O professor do EC B considerou que seria importante manter os mesmos enfermeiros orientadores deste EC, criar para eles *“formação obrigatória”*, assim como, condições para que pudessem acompanhar os EE fora do horário de trabalho. No entanto, dado o rol de dificuldades encontradas, as expectativas do professor para o ano letivo 2010-2011, eram pouco animadoras.

Síntese e Interpretação dos Resultados

Após a verificação dos resultados obtidos através das entrevistas exploratórias, consideramos que seria pertinente sintetizar de forma mais sistematizada os dados obtidos, assim como, verificar as principais conclusões que se poderiam extrair e que pudessem, de alguma forma, clarificar o caminho a seguir em termos do trabalho de campo. Neste sentido, optamos por em cada item referir em letra diferente as principais conclusões e comentários que, no nosso entender, julgamos mais pertinentes e que poderiam funcionar como pistas a seguir.

Protocolo

Verificamos que a visão mais abrangente do protocolo é mencionada, essencialmente, pelos informantes que ocupam cargos de chefia, o que é compreensível dado os cargos que cada um ocupa.

À medida que se desce na hierarquia verificamos que a visão acerca do protocolo vai-se afinando, passando pela visão mais restrita do mesmo, ou seja pelos aspetos da parceria entre o ICS e o HP, até que centra nas questões mais concretas de ordem prática quase e só relacionadas com o EC, no caso dos professores do ICS. Verificamos também que, quanto mais se sobe na hierarquia, menor é o conhecimento acerca dos aspetos mais práticos da implementação do protocolo.

A perspetiva dos informantes com cargos de chefia acerca do protocolo foi, globalmente positiva, com exceção da enfermeira geral que referiu algum descontentamento pela falta de informação e divulgação acerca do mesmo, assim como, pela falta de progressão de alguns projetos previstos inicialmente.

** Neste aspeto consideramos que seria importante continuar a averiguar e a analisar a comunicação dentro do HP com a enfermeira geral e o seu envolvimento nos projetos, assim como, o tipo de divulgação junto dos profissionais do ICS e do HP dos projetos decorrentes do protocolo, assim como o seu envolvimento nos mesmos.*

As razões apontadas pelos vários informantes para a assinatura do protocolo centraram-se na necessidade de rentabilização de sectores do CRP, no alargamento da colaboração já existente, no melhoramento da formação dos enfermeiros, na obtenção por parte do HP de experiência de ensino, na realização de projetos conjuntos no ensino, na investigação e na prestação de serviços, e na disponibilidade e exclusividade de locais para os EC.

** Verificamos que as razões apontadas convergem, essencialmente, para a melhoria da qualidade do ensino e da prestação de cuidados.*

Os resultados do protocolo referidos pelos vários informantes incidiram na realização das reuniões científicas na área médica, na melhor organização dos EC, no aumento do número de enfermeiros em formação, na disponibilidade de campos para EC e na identificação das pessoas interessadas no projeto do ICS, de transformação do HP em hospital de ensino. A enfermeira geral considerou que os resultados ficaram aquém das suas expectativas.

** De uma forma geral, verificamos que não existiu convergência plena entre os informantes em causa, quanto à análise dos resultados, o que nos sugeriu pistas para reflexão posterior.*

As expectativas do protocolo centraram-se na ampliação da colaboração já existente, na criação do centro de tratamento de feridas e do centro de saúde e no desenvolvimento de projetos conjuntos, transformação do HP em hospital de ensino, maior colaboração na área da investigação, mais formação académica dos colaboradores, maior relação interinstitucional, sobretudo ao nível da enfermagem, maior divulgação do protocolo, maior efetividade e eficácia da parceria e revisão periódica dos acordos assinados.

** Constatamos que as expectativas foram bastante ambiciosas e registamos a necessidade de maior relação interinstitucional, sobretudo, ao nível da enfermagem. Questionámo-nos acerca dos aspetos implícitos na necessidade expressa de fortalecer a parceria, considerando pertinente o aprofundamento deste assunto.*

Projeto Serviço-Escola

O projeto com esta designação era desconhecido tanto pelo presidente do CRP, como pelo diretor clínico e enfermeira geral, nestes dois casos, houve apenas referência ao hospital de ensino. Também os regentes dos EC A e B revelaram não terem conhecimento do projeto com esta designação, nem tão pouco do projeto de hospital de ensino, apenas alguns conhecimentos sobre o que poderia significar, baseados nalgumas conversas informais. A única certeza que pareciam ter foi das mudanças introduzidas no ano letivo 2009-2010 quanto à seleção dos enfermeiros orientadores, à respetiva compensação económica e à orientação dentro do horário de trabalho.

O professor do EC B fez uma exploração sob o ponto de vista teórico, abordando aspetos como aquisição de competências por parte dos EE, a existência de uma filosofia comum entre escola e hospital, competências formativas e rácio enfermeiro/EE, e maior investimento na formação dos enfermeiros orientadores. A CUEE foi a única que revelou estar por dentro de todos os detalhes do projeto.

** Esta constatação evidenciou lacunas de comunicação ao nível do ICS e, também, interinstitucional.*

No que respeita aos motivos para a criação do modelo SE, os temas emergentes a partir do relato da CUEE foram: a legislação, a necessidade da colaboração dos enfermeiros, o *gap* teoria/prática, a ligação escola/serviço e a disponibilidade de locais para EC. Relativamente aos motivos de escolha do hospital, os temas que emergiram

foram: filosofia da instituição, receptividade, instituição de referência e acreditada. Quanto aos motivos de escolha dos serviços do HP para iniciar a implementação do modelo, os temas que emergiram foram motivação e interesse, e envolvimento dos respetivos profissionais. No que respeita às etapas, o processo seria dinâmico e aberto, com alguma imprevisibilidade e sem fases previamente programadas, estando previstos três anos para avaliar os resultados, em que cada ano letivo corresponderá a uma fase ou etapa. Quanto ao teor das fases, a partir do relato da CUEE, conseguimos identificar temas como diagnóstico de situação, sensibilização, formação, promoção da investigação e avaliação de resultados, sendo o ano letivo 2009-2010 de diagnóstico de situação, de identificação de situações mais problemáticas, de responsabilização conjunta, e de formação dos profissionais em aspetos pedagógicos e de investigação. As fases seguintes passariam pela seleção dos profissionais que pudessem ser considerados “*agentes de ensino privilegiados*”, pela sua estabilização, pela avaliação dos resultados obtidos e pela definição do modelo a implementar.

** Constatamos que, apesar de ser um modelo aberto, o planeamento existia. No entanto, consideramos com lacunas na sua implementação, uma vez que ainda não tinha sido realizada seleção de enfermeiros orientadores segundo critérios acordados, assim como, não existia divulgação do modelo tanto ao nível do ICS como do HP.*

Aspetos Positivos

Os regentes dos EC não identificaram aspetos positivos, apenas prováveis no futuro. O professor do EC B referiu-se à menor sobrecarga no horário dos enfermeiros orientadores, assim como ao facto de estes serem do HP, como facilitador da integração dos EE.

** Perante estas constatações, questionámo-nos acerca das razões para a não identificação de aspetos positivos, se estaria relacionada com as lacunas de comunicação ao nível do ICS. Consideramos que constituía um aspeto que teríamos de continuar a analisar.*

Dificuldades

Na perspetiva da enfermeira geral as dificuldades residiram nos aspetos logísticos de acomodação dos EE e na heterogeneidade da avaliação dos mesmos. No caso da CUEE as dificuldades centraram-se: na falta de envolvimento dos enfermeiros, na falta de comunicação, na filosofia de trabalho do HP, na incompatibilidade de funções de alguns enfermeiros orientadores e no *status quo* ao nível do HP, impeditivo dos avanços, pela recusa de na prática não proceder às mudanças necessárias.

Para os professores do ICS as dificuldades centraram-se na falta de comunicação intrainstitucional, tanto no ICS e no HP, e interinstitucional, na seleção de enfermeiros orientadores, nas decisões tomadas fora de prazo, no rácio enfermeiros orientadores/doentes, na clivagem entre teoria/prática, na pouca disponibilidade dos enfermeiros orientadores, na pouca prioridade dada por estes aos assuntos relacionados com os EE, e na interferência dos enfermeiros chefes na dinâmica dos EC, sem o conhecimento do ICS.

** Todas as dificuldades relatadas por estes informantes evidenciaram as lacunas existentes ao nível da comunicação intrainstitucional e interinstitucional. Notamos que as dificuldades dos professores se centraram nos aspetos mais concretos do desenvolvimento dos EC, alguns dos quais, aparentemente, não valorizados ou desconhecidos por parte da enfermeira geral e da CUEE, como por exemplo os relacionados com a seleção de enfermeiros orientadores. Verificamos, por parte da enfermeira geral, a identificação de dois tipos de problemas que não foram mencionados por nenhum dos outros. A este respeito, questionamo-nos acerca das razões para que, aparentemente, não tenha tomado nenhuma medida para os resolver, ou para comunicá-los aos professores.*

Seleção de Enfermeiros Orientadores

Para a enfermeira geral, a seleção de enfermeiros orientadores não tinha corrido bem no ano letivo 2009-2010. Quanto aos critérios, considerou que teria de ser um enfermeiro de referência em termos pessoais e profissionais, que se afirmasse pelo exemplo e que tivesse formação específica.

Para a CUEE a seleção deveria obedecer a critérios e etapas bem delineadas, devendo estar sujeita a um processo de candidatura para todos os interessados, referindo que os candidatos deveriam possuir formação em didática e supervisão clínica, para além de obtido o parecer do HP.

Os professores manifestaram o seu total desacordo pela não participação do ICS na seleção dos enfermeiros orientadores, sendo que um deles se referiu à seleção realizada como uma imposição. Consideraram que os enfermeiros orientadores deveriam ser selecionados por ambas as instituições, segundo critérios bem estabelecidos, referindo que deveriam ter perfil, características a nível relacional e gostar de ensinar. Um dos professores referiu que os enfermeiros orientadores possuíam dificuldades específicas na orientação dos EE, destacando censuras feitas a reflexões realizadas pelos mesmos e considerando que deveriam ter formação em supervisão

clínica. A rotatividade de enfermeiros orientadores foi bem vista por todos, desde que se respeitassem os critérios de seleção.

** Este aspeto foi abordado de forma intensa e considerado um dos mais problemáticos pelos professores. Constatamos que, se bem que constituiu um ponto importante para a enfermeira geral e CUEE, aparentemente, não foi tão valorizado por estas duas informantes. Questionámo-nos se as mesmas tinham a informação necessária acerca da realidade relatada pelos professores, ou seja, se também neste ponto existiam lacunas de comunicação. Verificamos que existiu concordância entre todos sobre a forma como deveria ser a seleção. Questionámo-nos acerca das razões porque o processo não tinha avançado.*

Contrapartidas para os Enfermeiros Orientadores

A este respeito o diretor clínico deixou de lado as contrapartidas económicas e centrou-se nas de âmbito organizacional. A enfermeira geral não tinha conhecimento suficiente acerca da compensação económica dos enfermeiros orientadores. No entanto, considerou que os enfermeiros estavam satisfeitos e encarou a orientação no seu horário de trabalho como uma compensação, assim como o apoio que recebiam do HP e dos serviços. Na perspetiva do regente do EC A, a contrapartida económica era insuficiente em relação ao trabalho exigido, baseando-se nas queixas dos enfermeiros orientadores. O professor do EC B colocou o problema do ponto de vista da motivação dos enfermeiros, que teria de ir mais além do reforço económico e da conveniência de horários, caso contrário, os EE poderiam tornar-se num meio e não no objetivo final.

** Constatamos alguma clivagem das chefias em relação ao que verdadeiramente pode ser a contrapartida para os enfermeiros. É sugestivo o facto da enfermeira geral ter admitido não estar a par e de, dadas as considerações do regente do EC A, poder não ter a medida exata da satisfação dos enfermeiros orientadores. Por outro lado, o professor do EC B centrou a questão num aspeto que consideramos pertinente – a verdadeira motivação dos enfermeiros orientadores. Perante estas observações pareceu-nos existir necessidade de continuar a analisar este item e de averiguar acerca da perspetiva dos enfermeiros orientadores.*

Supervisão em Simultâneo com Prestação de Cuidados

A enfermeira geral referiu descontentamento, considerando que não era a situação ideal, que não era possível os enfermeiros orientadores realizarem plenamente as duas funções, referindo a necessidade de se rever rácios e de que os enfermeiros deveriam estar supranumerários.

Neste assunto, a opinião da CUEE divergiu da dos restantes informantes, na medida em que considerou que o enfermeiro orientador tinha de ser prestador de cuidados, para que tivesse autonomia na tomada de decisões, aspeto que não foi mencionado pelos outros. No entanto considerou, tal como os restantes, que era necessário determinar o rácio adequado enfermeiro orientador/EE/doentes.

Os professores consideraram prejudicial: o facto de os enfermeiros orientadores terem funções de coordenação, as experiências dos EE terem ficado condicionadas pelos doentes atribuídos aos enfermeiros orientadores, a falta de tempo dos mesmos para reunirem com eles e para acompanharem e orientarem os EE adequadamente, a “rotinização pedagógica”, os assuntos relacionados com a orientação dos EE serem deixados para segundo plano, a supervisão menos partilhada pela equipa de enfermagem e menos entreajuda desta na prestação dos cuidados, a maior tendência para apressar os EE ou substituí-los, e a maior clivagem teoria prática. Consideraram necessário rever o rácio enfermeiro orientador/doentes. Como vantagens, referiram o facto de os EE poderem observar a prestação de cuidados e terem uma visão mais abrangente do doente, e o enfermeiro orientador poder seleccionar melhor os doentes para os EE.

** A fundamentação para que o enfermeiro orientador seja o responsável pelos doentes atribuídos aos EE, parece estar clara apenas para a CUEE. Constatou-se a existência de problemas muito concretos relatados pelos professores relacionados essencialmente com os rácios, que tinham de ser analisados. Mais uma vez, nos pareceu evidente a existência de lacunas de comunicação dentro e fora das duas instituições.*

Realização das OT

A enfermeira geral concordou com a presença dos enfermeiros orientadores nas OT. A CUEE considerou a necessidade de se avaliarem os resultados para determinar qual o modelo a seguir, referindo-se adepta de um modelo misto. O regente do EC B, em relação ao ano letivo 2009-2010, considerou positivo o facto de no 2º semestre ter havido flexibilização dos horários dos enfermeiros orientadores para que pudessem participar. O professor do EC B referiu também esses progressos e a vantagem das suas OT terem a participação dos enfermeiros orientadores, como promotor da ponte entre a escola e o hospital. Também se manifestou adepto do modelo misto. O regente do EC A referiu que manteve o modelo dos anos anteriores.

** Neste assunto pensamos que seria importante analisar os resultados do ano letivo seguinte (2010-2011) na perspetiva de cada um dos três professores e dos*

enfermeiros orientadores. Questionámo-nos acerca da existência de modelos diferentes de realização de OT em EC semelhantes, evidenciando lacunas de comunicação no ICS.

Função do Professor

O professor do EC B referiu dificuldade em fazer face a todo o tipo de solicitações de que se sentiu alvo e considerou o seu papel difícil de desempenhar perante o contexto adverso, caracterizado pela pouca disponibilidade dos enfermeiros orientadores, pelo facto ter sido ultrapassado pelos enfermeiros chefes, pela falta de comunicação dentro e fora de ambas as instituições e pelas barreiras colocadas pelas concepções dos enfermeiros orientadores acerca da enfermagem e da supervisão em EC.

** Este aspeto foi pouco abordado, o que mereceu a nossa reflexão, dada a importância que o professor pode ter como elo de ligação ou ponte entre a escola e o hospital, considerando que a sua função pode ser determinante na promoção da comunicação interinstitucional. Constatamos que, dada a sobrecarga, o tempo que o professor tinha disponível era manifestamente pouco perante as necessidades. Pareceu-nos que este aspeto carecia de maior análise e reflexão à luz das funções concretas que se pretende que o professor tenha no contexto específico da parceria. Consideramos importante continuar a analisar, futuramente, o papel do professor, assim como os itens da sua definição e clarificação, e das circunstâncias da sua divulgação junto dos atores do CPC.*

Sugestões e Expectativas

Os professores esperavam que a seleção de enfermeiros orientadores fosse realizada de forma diferente, com maior participação do ICS e que se implementassem as medidas delineadas anteriormente sobre o processo de candidatura dos mesmos. Também que os enfermeiros orientadores participassem na formação, assim como, se promovesse a comunicação entre o ICS e o HP, através de reuniões periódicas. O regente do EC A esperava que os orientadores não ficassem com doentes atribuídos. O professor do EC B, esperava que se mantivessem os mesmos enfermeiros orientadores, que se criasse formação específica para os mesmos, assim como, condições para que pudessem acompanhar os EE fora do horário de trabalho no HP.

** Neste nível, apesar da constatação de alguma descrença em relação ao futuro, os professores referiram expectativas no âmbito das mudanças ao nível daquilo que para eles constituíram as maiores dificuldades que foram: a seleção dos enfermeiros orientadores, a supervisão realizada por estes em horário de trabalho e a falta de*

comunicação dentro e fora das duas instituições. Consideramos pertinente continuar a analisar os aspetos concretos relacionados com as expectativas manifestadas.

Conclusão

Através da fase exploratória foi possível obtermos dados mais precisos relativamente às características dos contextos de cada uma das instituições envolvidas, o ICS e o HP, assim como das razões que estiveram na base da intenção de transformar o HP num Hospital de Ensino, constituindo um projeto ambicionado por ambas as instituições.

Apesar dos avanços iniciais, com as reuniões de investigação multidisciplinares e as decisões tomadas nas reuniões de preparação dos EC, começaram a surgir algumas dificuldades no desenvolvimento dos EC que vieram a confirmar-se através dos relatos das entrevistas aos informantes mais diretamente ligados às práticas clínicas.

No que se refere ao protocolo de colaboração verificamos convergência das razões para a melhoria da qualidade do ensino e da prestação de cuidados. Por outro lado, não existiu convergência plena entre os informantes quanto à análise dos resultados do mesmo, o que sugeriu pistas para reflexão posterior.

Quanto ao projeto Serviço-Escola verificamos algum desconhecimento quanto à sua implementação o que evidenciou lacunas de comunicação ao nível de cada uma das instituições e, também, interinstitucional. Os défices de comunicação referidos também se evidenciaram através das dificuldades relatadas pelos informantes. A este respeito, verificamos que as dificuldades dos professores se centraram nos aspetos mais concretos do desenvolvimento dos EC, alguns dos quais, aparentemente, não valorizados ou desconhecidos por parte da direção de enfermagem e do HP e pela coordenação do ensino de enfermagem do ICS.

A seleção dos enfermeiros orientadores foi um aspeto abordado de forma intensa e considerado um dos mais problemáticos pelos professores. Verificamos que existiu concordância entre todos sobre a forma como deveria ser a seleção. Questionámo-nos acerca das razões para que o processo planeado não tivesse avançado.

No que respeita às contrapartidas para os enfermeiros orientadores, constatamos alguma clivagem em relação ao que verdadeiramente pode ser a contrapartida para os enfermeiros. Perante estas observações pareceu-nos existir necessidade de continuar a analisar este item e de averiguar a perspetiva dos enfermeiros orientadores.

Constatamos a existência de problemas muito concretos relativamente ao enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, relacionados essencialmente com os rácios, aspeto que consideramos importante analisar posteriormente.

No que respeita à realização das OT, constatamos a existência de modelos diferentes em EC semelhantes, evidenciando lacunas de comunicação no ICS. Acerca deste assunto pensamos que seria importante analisar os resultados do ano letivo seguinte (2010-2011) na perspetiva de cada um dos professores e dos enfermeiros orientadores.

A função do professor foi um aspeto pouco abordado, tendo merecido a nossa atenção, dada a importância que o professor pode ter na ligação entre a escola e o CPC. Consideramos importante continuar a analisar, o papel do professor e as circunstâncias da sua divulgação junto dos atores do CPC.

No que respeita às expectativas, apesar da constatação de alguma descrença em relação ao futuro, os professores esperavam melhorias ao nível: da seleção dos enfermeiros orientadores, da situação dos mesmos quando inseridos no plano de trabalho e ao nível da comunicação dentro das duas instituições e interinstitucional. Consideramos pertinente continuar a analisar os aspetos concretos relacionados com as expectativas manifestadas.

3. ANÁLISE DOS PROCESSOS E DOS RESULTADOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO

Introdução

Neste capítulo apresentamos os resultados do trabalho de campo realizado seguindo uma ordem predominantemente cronológica.

Tal como referido no desenho da investigação, apresentamos a exploração dos resultados obtidos através da observação dos CPC onde se realizaram os EC A e B. Também, abordamos os dados resultantes das entrevistas aos enfermeiros chefes dos serviços em causa, assim como, do questionário lançado aos enfermeiros das respetivas equipas.

Para além destes dados mais relacionados com o hospital, descrevemos os resultados obtidos através das entrevistas realizadas aos professores responsáveis pelos EE dos EC A e B no HP.

Procedemos ainda à exploração dos dados obtidos através dos EE, ou seja através das reflexões realizadas pelos mesmos, assim como das avaliações dos CPC que efetuaram. Ainda exploramos a análise das classificações obtidas pelos EE dos dois EC nos dois anos letivos correspondentes ao estudo.

Em cada subcapítulo faz-se a exploração dos procedimentos de recolha e análise de dados e, também no final de cada um, a síntese, interpretação e discussão dos resultados obtidos. No final deste capítulo faremos a síntese dos aspetos que consideramos mais relevantes.

3.1 Resultados da Observação dos Contextos de Prática Clínica

A observação dos CPC teve como principal finalidade obter dados que pudessem clarificar os resultados obtidos através das entrevistas exploratórias acerca do processo de supervisão dos EE realizado pelos enfermeiros orientadores, consistindo a nossa unidade de análise no processo de supervisão realizado por cada enfermeiro orientador de EE no EC A e no EC B no HP, num turno de trabalho. Os objetivos específicos da observação foram: (i) identificar os rácios enfermeiros orientadores/EE/doentes; (ii)

verificar a carga de trabalho dos enfermeiros orientadores e a sua disponibilidade para a supervisão de EE em simultâneo com a prestação de cuidados; (iii) identificar a forma como os enfermeiros orientadores organizavam a supervisão dos EE e possíveis dificuldades associadas; (iv) identificar as estratégias pedagógicas adotadas no processo de supervisão dos EE e os princípios em que sustentavam a orientação; (v) verificar o tipo de participação dos outros elementos da equipa de enfermagem na orientação dos EE e na prestação de cuidados aos doentes atribuídos aos mesmos; (vi) verificar as possíveis reações dos EE ao processo de supervisão; e (vii) atender às possíveis manifestações verbais e não-verbais dos enfermeiros orientadores acerca de todo o processo de supervisão dos EE, incluindo a sua participação nas OT, participação na formação promovida pelo ICS e contrapartidas económicas e outras.

Tal como já referimos anteriormente, antes de iniciarmos a observação realizamos o respetivo pedido de autorização e, para não condicionarmos os dados a obter na observação, o pedido por nós formulado referia apenas como objetivo global “*a observação e avaliação das necessidades de aprendizagem, de forma sistemática e objetiva...*”. Demos conhecimento aos regentes dos EC A e EC B e aos professores responsáveis pelos EE no hospital, acerca da observação que iríamos iniciar. Após estes procedimentos, divulgamos junto da direção de enfermagem do HP e da CUEE a calendarização da observação pelos serviços em causa, para que também os enfermeiros chefes dos mesmos tivessem conhecimento antecipado da nossa presença. Ao chegarmos aos serviços procedemos à nossa apresentação pessoal e novamente informamos os enfermeiros, enfermeiros orientadores e EE do objetivo da nossa presença, da nossa postura de não participação nas atividades e que seria assegurado o anonimato dos intervenientes.

O tipo de observação realizada foi não participante, uma vez que não se pretendia que os observadores tivessem qualquer participação no grupo estudado, sendo quanto ao processo uma observação sistemática, uma vez que era necessário definir à partida os aspetos a observar e os detalhes do processo de observação (Estrela, 1994), tendo-se para o efeito elaborado duas grelhas de observação, uma para o EC A e outra para o EC B (Anexo VI). Estes instrumentos foram elaborados com base nos dados obtidos através das entrevistas exploratórias, sendo composto por uma parte destinada à caracterização do grupo observado e outra parte pelos itens de observação, num total de 23 itens na grelha do EC B e 25 itens na grelha do EC A, existindo também um espaço para o registo de outros dados que pudessem não estar diretamente relacionados com os

itens selecionados, mas que fossem considerados pertinentes para a observação em causa.

A grelha de observação utilizada no EC A foi semelhante à utilizada no EC B, com um total de 25 itens (mais 2 itens em relação à grelha do EC B). Pareceu-nos pertinente realizar pequenas alterações de organização do conteúdo em dois dos itens de observação da grelha utilizada no EC B, mas mantendo o essencial dos aspetos a observar, dada a existência de diferenças na organização das OT neste EC e, também, dada a experiência obtida com a implementação da grelha anterior. Assim, no item número 21 da grelha utilizada no EC B relativo às OT, desdobramos em 2 itens, um relativo às OT do enfermeiro orientador e outro relativo à participação nas OT do professor, uma vez que neste EC não era tão habitual a participação dos enfermeiros orientadores nas OT do professor. Também no item número 23 da grelha anterior desdobramos em 2 itens, um relativo à participação na formação do ICS e outro relativo às motivações dos enfermeiros orientadores, pois pareceu-nos que esta separação facilitaria o registo dos aspetos observados.

No sentido de tornar a nossa observação mais objetiva e completa possível, consideramos conveniente que a mesma fosse realizada por dois observadores, que designamos de Observador IA e Observador IB, correspondendo respetivamente ao Investigador principal e ao Colaborador. Esta opção teve como objetivo evitar o viés da observação caso fosse só realizada pelo Observador IA, uma vez que o mesmo tinha pela sua atividade profissional anterior, conhecimento e experiência não só acerca do EC, mas também da instituição hospitalar em causa, assim como, da maior parte dos serviços e dos enfermeiros orientadores envolvidos. O Observador IB era enfermeiro noutra instituição hospitalar, com alguma experiência em investigação, mas externo quanto aos aspetos relacionados com a nossa unidade de análise, não tendo qualquer relação ou conhecimento tanto do EC, como do hospital e enfermeiros orientadores. Antes da observação foram-lhe comunicados os objetivos da mesma, assim como, foi realizada a explicação acerca dos aspetos que faziam parte da grelha de observação.

As grelhas de observação foram preenchidas manualmente durante o turno de observação, sempre que possível num local mais privado do serviço em causa. O nosso posicionamento durante a observação foi de não participação nas atividades, procurando permanecer num local mais discreto durante a realização de alguns procedimentos, mas estabelecendo alguma conversa tanto com os EE, como com os enfermeiros orientadores e enfermeiros, no sentido de irmos obtendo alguns dos dados, mas também

de tornar a nossa presença menos constrangedora. No final de cada turno de observação os dados da observação respetiva eram revistos, completados e transferidos para documento em suporte informático. Durante o período de observação os dois observadores reuniram-se sempre que consideraram necessário esclarecer aspetos que suscitassem dúvidas quanto à sua inclusão na grelha de observação, ou para aferir conceitos que pudessem estar a ser utilizados de maneira diferente por cada um dos observadores. No final do período de observação, os dois observadores voltaram a reunir para procederem à verificação de cada grelha de observação e à confirmação de todos os dados⁷.

Para manter o anonimato dos serviços e enfermeiros orientadores, atribuímos-lhes nomes fictícios, designando os primeiros por serviço 1, 2, 3, 4 e 5, e designando os enfermeiros orientadores por A, B, C, D, E, F, G, H, I, J e L. Também optamos por nos referirmos não só aos enfermeiros orientadores, mas também aos enfermeiros, doentes e professores e outros intervenientes na observação utilizando sempre o género masculino.

Passaremos a referir os resultados da observação nos CPC, optando por, de forma global, não separar a observação realizada nos CPC do EC A da observação realizada nos CPC do EC B, uma vez que essa separação conduziria à identificação dos serviços e profissionais envolvidos. Contudo, sempre que considerarmos pertinente, procederemos às especificações relativas a cada um dos EC e a cada um dos serviços. Optamos também por sinalizar com asterisco e escrever em letra diferente (em *itálico*) as nossas apreciações ou inferências acerca dos dados obtidos. No final, procedemos a uma síntese, interpretação e discussão dos resultados encontrados.

A observação realizada nos CPC do EC B decorreu no período entre 6 e 21 de Janeiro de 2011, nas últimas três semanas do EC nos serviços do HP onde o mesmo se encontrava a decorrer. A observação realizada nos CPC do EC A decorreu no período de 22 a 30 de Março de 2011, nas últimas duas semanas do EC A.

Cada Observador realizou 7 horas de observação com cada enfermeiro orientador em turno de supervisão de EE, quer fosse turno de manhã ou de tarde. Cada serviço tinha dois enfermeiros orientadores, com exceção de dois dos serviços: um deles com apenas um e outro com três. Também noutra dos serviços, já depois de planeada a observação, tivemos conhecimento da inclusão de um enfermeiro orientador que não

⁷ As grelhas preenchidas poderão ser disponibilizadas para consulta.

estava no plano inicial do EC, a quem foi solicitada uma supervisão pontual num turno em que os outros dois enfermeiros orientadores não estavam disponíveis.

Dadas as alterações ao plano inicial de observação e tendo em conta os condicionalismos de tempo relacionados com a aproximação do fim do EC B no 1º semestre, optamos por incluir na nossa observação este enfermeiro orientador também pelo facto de que esta alteração representava uma ocorrência que poderia ter interesse para o estudo, contudo, como se tratou de um turno pontual, apenas foi possível realizar um turno de observação, o qual foi realizado pelo Observador IA. A acrescentar ainda que, segundo o plano do EC B, o número de EE nos serviços era de 6 EE, exceto num serviço em que eram 4 EE, sendo que cada enfermeiro orientador tinha atribuídos no plano 3 a 4 EE em cada turno no período semanal de terça a sexta-feira. No caso do EC A os EE ficavam 8 no turno da manhã e 8 no turno da tarde, sendo que cada grupo ficava com um dos enfermeiros orientadores de terça a sexta-feira.

Dado o exposto, foram realizados 21 turnos de observação, 2 turnos por enfermeiro orientador, um turno com o Observador IA e outro com o Observador IB, com exceção para o enfermeiro orientador em supervisão pontual, sendo que os dois Observadores nunca estiveram em simultâneo no mesmo serviço, perfazendo um total aproximado de 142h de observação, distribuídas por 15 turnos da manhã e 6 turnos de tarde.

Dados relativos à caracterização dos enfermeiros orientadores

Como já referimos anteriormente, introduzimos em cada grelha de observação um espaço para o preenchimento de dados que possibilitassem a caracterização dos enfermeiros orientadores quanto a itens que consideramos pertinentes no âmbito do estudo e, especificamente, no que se relacionava com os objetivos da observação. Os dados obtidos encontram-se resumidos no Quadro Número 1.

Quadro Número 1 – Caracterização dos Enfermeiros Orientadores dos EC A e B

Itens de Caracterização		Número Enf. Orientadores	Observações	Totais Enf. Orientadores
Idade	[30-35]	7		11
	[36-40]	2		
	[46-50]	2		
Sexo	Masculino	2		11
	Feminino	9		
Estado civil	Solteiro	1		11
	Casado	9		
	Divorciado	1		
Categoria profissional	Sénior	1		11
	Residente	2		
	Generalista	8		
Tempo de serviço	[10-15]	7		11
	[16-20]	3		
	[21-25]	1		
Tempo de serviço como orientador no EC A ou EC B	[0-1]	1		11
	[1-2]	3		
	[3-4]	3		
	[5-6]	2		
	[7-8]	2		
Grau académico	Licenciatura	8		8
	Mestrado	1	Enfermagem	3
		2	Bioética	
Outras formações	Especialidade	1	Enfermagem Médico-Cirúrgica	4
	Pós-graduações	2	Supervisão Clínica ⁸	
		1	Orientação Educativa	
Frequência formação ICS	2009-2010	6	1 (apenas 25%)	6
	2010-2011	1		1

Verificamos que 9 dos 11 enfermeiros orientadores, ou seja 81,8% tinham idades compreendidas entre os 30 e 40 anos, sendo que apenas 2 (18,2%) possuíam idades

⁸ Estes enfermeiros orientadores encontravam-se ainda a frequentar a pós-graduação referida.

entre os 40 e os 50 anos. A maioria do sexo feminino (81,8%) e, quanto ao estado civil, a maioria dos enfermeiros orientadores (81,8%) eram casados.

Quanto à categoria profissional, a maioria (72,7%) eram generalistas, ou seja, encontravam-se no primeiro patamar da carreira da instituição.

Verificamos que todos os enfermeiros orientadores tinham mais de 10 anos de experiência profissional. Relativamente à experiência como orientadores dos EC A ou B, apesar de todos terem referido experiência na orientação de EE, sobretudo no EC de integração à vida profissional, verificamos que a maioria, 7 (63,6%), apresentava experiência de orientação nestes EC igual ou superior a 3 anos.

No que respeita à formação académica, verificamos que a maioria, 8 enfermeiros orientadores (72,7%) possuía apenas o grau de licenciado. Também a maioria, 7 (63,6%) não possuía outro tipo de formação pós-graduada, para além do mestrado, e de formação na área da supervisão clínica.

No que respeita à frequência da formação de docentes planeada pelo ICS e aberta aos enfermeiros orientadores, verificamos que no ano letivo 2009-2010, 6 (54,5%) participaram naquela formação. No ano letivo 2010-2011, apenas 1 (9%) frequentou, ou seja, quase todos não participaram na referida formação, tendo alegado razões de indisponibilidade de horário ou desconhecimento da formação.

** A constatação deste facto pareceu-nos que poderia influenciar negativamente a orientação dos EE em EC, uma vez que os planos de formação dos dois anos letivos em causa contemplavam, essencialmente, temas relacionados com a supervisão em EC.*

Analizamos ainda mais 2 itens que não se encontram no quadro anterior: desempenho de cargo de coordenação durante os turnos de supervisão e realização das OT.

No que respeita ao cargo de coordenação, no caso dos enfermeiros orientadores do EC B, verificamos que nenhum ocupava cargo de coordenação, sendo que 4 referiram desempenharem funções de responsáveis de turno mesmo nos turnos de orientação dos EE, dos quais 2 faziam-no habitualmente e 2 referiram que isso acontecia algumas vezes. No caso do EC A os enfermeiros orientadores exerciam de forma rotativa o cargo de coordenação no HP, sendo que 2 deles, esporadicamente, desempenhavam essa função em simultâneo com a supervisão de EE. Para além disso, referiram que, com frequência, eram responsáveis de turno, acumulando essa função com a supervisão de EE.

** Esta constatação mereceu a nossa especial atenção, uma vez que esta circunstância, em nosso entender, poderia influenciar a orientação dos EE em EC, pois os enfermeiros orientadores na prática, para além da supervisão e da prestação de cuidados aos seus doentes, teriam de assegurar outras funções, tanto mais que em reuniões interinstitucionais o ICS tinha pedido que esta circunstância não acontecesse.*

No que respeita às sessões de OT, no caso do EC B todos os enfermeiros orientadores realizavam as OT preconizadas pelo ICS, 12 horas/grupo de EE (num total de 47 horas previstas para esta parte do EC). Também, todos participavam nas OT realizadas pelo professor, mas apenas nas realizadas no HP. No EC A, no ano letivo em causa (2010-2011) os enfermeiros orientadores tinham 2/3 das OT atribuídas. De uma forma geral, os enfermeiros orientadores não participavam nas OT realizadas pelo professor, sendo que 1 deles referiu já ter participado esporadicamente.

** Neste item verificamos que existia uma grande diferença entre o EC A e o EC B, no relativo à percentagem de OT atribuídas aos enfermeiros orientadores. Por outro lado, verificamos diferença entre os dois EC relativamente à participação dos mesmos nas OT do professor. Registamos diferenças significativas entre dois EC do mesmo curso e instituição que, embora com alguns objetivos diferentes, são sequenciais e, globalmente, semelhantes, sendo ambos realizados em serviços de internamento hospitalar, na assistência ao adulto e idoso. Por outro lado, constatamos no EC A ausência de OT partilhadas e, no EC B, menor número das OT do professor no espaço do HP, e dificuldade de participação dos enfermeiros orientadores nas OT do professor quando fora do HP, com conseqüente menor participação dos enfermeiros orientadores neste tipo de OT.*

Dados relativos à Observação

Os dados relativos à observação seguiram os itens selecionados que constaram da grelha que orientou a recolha dos mesmos.

Rácio enfermeiro orientador/EE

No EC B a média rondou os 3 EE por enfermeiro orientador, sendo que num dos serviços os enfermeiros orientadores, nos turnos observados, estiveram com 6 EE, por motivos de trocas de horários, tendo afirmado que esta situação aconteceu em 20% do EC. Noutro serviço existiu um turno pontual, em que o enfermeiro orientador ficou com todos os 6 EE, mas sem doentes atribuídos, tendo ficado exclusivamente em orientação. No EC A o rácio enfermeiro orientador/EE nos turnos observados foi sempre de 8 EE.

** No EC B constatamos que o rácio enfermeiro orientador/EE era uniforme e, aparentemente, adequado, mantendo-se em conformidade com o acordado. No entanto, verificamos uma exceção num dos serviços que, embora se verificasse na menor percentagem do EC, criou em vários turnos (aproximadamente, 9 turnos) uma situação diferente em relação aos outros serviços, sendo que o rácio era alterado para o dobro dos EE e por razões de conveniência do serviço no que respeitava às alterações dos horários do pessoal, para além de não estar acordado com o professor, sendo que este apenas tomava conhecimento ou era informado desta ocorrência pelos próprios enfermeiros orientadores. Tratava-se, portanto, de uma solução para remediar um problema do próprio serviço em causa.*

No caso EC A, comparando com os rácios observados no EC B, verificamos discrepância, uma vez que este rácio de 8 EE para cada enfermeiro orientador representava mais do dobro dos rácios observados naquele EC. Poderíamos pensar que este aspeto estivesse relacionado com as diferenças entre os dois EC em termos de objetivos e de necessidades de acompanhamento dos EE. Se bem que os EE no EC B tivessem de realizar praticamente todos os cuidados aos doentes e, portanto, necessitando de maior vigilância, dado o número de episódios em que necessitavam de ser acompanhados ser elevado, a verdade é que o EC A constituía o primeiro EC a nível de internamento hospitalar, exigindo, sobretudo nas primeiras semanas, um acompanhamento dos EE bastante intenso, existindo muitas atividades para integrar para a consecução dos objetivos.

Dadas as constatações registamos mais esta diferença nos dois EC do ICS.

Rácio enfermeiro orientador/doentes

No EC B, de uma forma global a média de doentes atribuídos aos enfermeiros orientadores foi de 8 a 9 doentes, sendo que em 3 serviços os enfermeiros orientadores ficavam praticamente só com os doentes atribuídos aos EE, enquanto num dos serviços poderiam ficar com mais doentes, para além dos atribuídos aos EE. Num serviço, verificamos que o enfermeiro orientador tinha no plano 12 doentes atribuídos, mas tratava-se de uma formalidade, pois na prática acabou por ficar só com os doentes atribuídos aos EE. Noutro serviço, num dos turnos observados, o enfermeiro orientador ficou sem doentes atribuídos e, portanto, exclusivamente em orientação, tendo afirmado que tal situação acontecia sempre que o serviço o permitia. A acrescentar ainda que num dos serviços os enfermeiros orientadores A e B desempenharam em simultâneo com a

supervisão, funções de responsáveis de turno o que, segundo os mesmos, acontecia com regularidade.

No EC A, embora tenha sido difícil determinar o rácio com rigor, uma vez que na prática o método de trabalho era, predominantemente de tarefa, o rácio foi de 11 a 15 doentes, sendo a média de 12 doentes. Em metade dos turnos observados neste EC, verificamos que os enfermeiros orientadores estiveram supranumerários, facto que, segundo referiram, tinha vindo a acontecer em cerca de 50% do EC em causa. No entanto, os mesmos referiram que já tinham sido informados pelo enfermeiro chefe que tal facto iria deixar de acontecer.

** Apesar da aparente uniformidade no número de doentes atribuídos aos enfermeiros orientadores, podemos constatar alguma discrepância entre os vários serviços e entre os dois EC nos aspetos mais práticos da questão. Verificamos que em 3 dos serviços os enfermeiros orientadores, praticamente, só ficavam com os doentes atribuídos aos EE, no entanto, num destes serviços os enfermeiros orientadores acumulavam, habitualmente, a função de responsáveis de turno, o que os colocava em desigualdade de circunstâncias em relação aos outros colegas em termos de disponibilidade para a orientação dos EE. Por outro lado, em dois serviços, embora de forma temporária e descontínua, os enfermeiros orientadores tinham a possibilidade de, nalguns turnos, ficarem supranumerários, constatando-se novamente desigualdade. A acrescentar que num dos serviços o número de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador poderia ser superior ao atribuído aos EE, o que configurava mais um aspeto de desigualdade. Também, noutro serviço, a registar o acordo tácito entre o enfermeiro orientador e a equipa de enfermagem, o que revelava uma boa articulação entre ambos com a conivência do enfermeiro chefe, no sentido de criar condições favoráveis à supervisão.*

No EC A, constatamos rácio elevado, tendo em conta que para além dos doentes, cada enfermeiro orientador tinha 8 EE a seu cargo, configurando discrepância em relação ao observado no EC B, a qual já tinha sido abordada nas entrevistas exploratórias.

Podemos constatar que as variações observadas se encontravam à mercê das conveniências e possibilidades de cada serviço e que ultrapassavam o acordo estabelecido, confirmando as dificuldades reveladas nos resultados das entrevistas exploratórias.

Rácio EE/doentes (média)

No EC B o rácio EE/doentes, em média, foi de 2 doentes para cada EE, enquanto no EC A foi de 1 a 2 doentes.

** Verificou-se uniformidade entre todos os serviços, existindo consenso entre os enfermeiros orientadores no número de doentes a atribuir a cada EE. O rácio era adequado em função do estágio de aprendizagem dos EE, sendo que no número de doentes a atribuir, os orientadores tinham em conta critérios como o grau de dependência dos doentes e as necessidades de cuidados dos mesmos, verificando-se autonomia e segurança na tomada deste tipo de decisões.*

Doentes atribuídos aos EE e não atribuídos ao enfermeiro orientador

De uma forma global, não se verificou que os EE tivessem doentes atribuídos que não estivessem sob a responsabilidade do enfermeiro orientador, apenas se verificou pontualmente, com o objetivo de diversificar as experiências dos EE. No EC B nem sempre os enfermeiros orientadores puderam escolher os doentes que lhe eram atribuídos, de forma a diversificar as experiências dos EE. No EC A os enfermeiros orientadores tinham plena autonomia na escolha dos doentes que lhe eram atribuídos, com boa receção da parte do enfermeiro chefe e restante equipa de enfermagem, não estando muito condicionados pelo plano de trabalho, uma vez que o método predominante era o de tarefa.

Nos turnos em que ficaram supranumerários, a responsabilidade dos doentes foi partilhada entre o enfermeiro orientador e o enfermeiro do serviço.

** De uma forma geral, constatamos uniformidade entre enfermeiros orientadores e entre serviços, uma vez que a atribuição de doentes aos EE, não atribuídos ao enfermeiro orientador, só se verificou pontualmente e sempre para beneficiar os EE. No entanto, constatamos diferenças entre o EC A e o EC B, pois neste, nem sempre os enfermeiros orientadores tiveram a possibilidade de ficarem com os doentes que consideravam ser os mais adequados para os EE, apesar de este aspeto ter sido focado numa das reuniões interinstitucionais, pelo que concluímos que nem sempre se verificou prioridade relativa aos aspetos da formação dos EE, tal como é veiculado nos resultados das entrevistas exploratórias.*

Doentes atribuídos ao enfermeiro orientador e não atribuídos aos EE

No EC B, como já referido, verificamos que, globalmente, não eram atribuídos aos enfermeiros orientadores doentes que não tivessem sido atribuídos aos EE, com exceção de um dos serviços em que, com regularidade eram atribuídos 2 a 3 doentes ao

enfermeiro orientador para além dos atribuídos aos EE. No EC A, de uma forma global, foi difícil quantificar o número de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador e não atribuídos aos EE, pelo facto de o método de trabalho ser mais de tarefa do que individual, tendo o rácio sido identificado, não só pelo plano de trabalho estabelecido, mas também, pelo número de doentes atribuídos aos enfermeiros em cada ala do serviço, tendo-se verificado que o número de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador e não atribuídos aos EE poderia variar de 3 a 7, sendo o maior número nos turnos da tarde, com exceção dos turnos em que os enfermeiros orientadores estiveram supranumerários.

** De forma geral, verificamos uniformidade entre os serviços do EC B. Registamos diferenças num dos serviços, em que era habitual os enfermeiros orientadores ficarem com 2 a 3 doentes para além dos atribuídos aos EE e, nalguns turnos, estarem com o dobro dos EE em relação ao número estipulado.*

No EC A constatamos alguma diversidade, uma vez que em 50% dos turnos os enfermeiros orientadores estiveram supranumerários e nos outros turnos o número de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador e não atribuídos aos EE variou bastante.

Esta constatação também revelou algumas diferenças entre os dois EC.

Critérios de seleção dos doentes a atribuir aos EE

Em ambos os EC verificamos uma grande uniformidade entre todos os serviços e enfermeiros orientadores, sendo que estes procuravam sempre atribuir aos EE doentes mais dependentes, a necessitarem de mais cuidados, tendo sempre o objetivo de diversificar as experiências dos EE. Também tinham como critério a atribuição de doentes que já tivessem sido cuidados pelo mesmo EE, no sentido de permitirem em cada caso a continuidade de cuidados.

Num dos serviços do EC B, os critérios poderiam ficar condicionados pelos doentes atribuídos ao enfermeiro orientador, sendo que numa das observações verificamos que embora o enfermeiro orientador tivesse referido que os EE poderiam ficar com doentes não atribuídos àquele para diversificação de experiências, tal não se verificou, apesar de os EE terem ficado com doentes que exigiam um baixo nível de cuidados, enquanto no serviço estavam internados doentes com maior diversidade de experiências.

No EC A verificamos que, apesar de existirem critérios na seleção dos doentes a atribuir aos EE, os enfermeiros orientadores, pelo facto destes se encontrarem na última semana do EC, permitiram que os mesmos pudessem participar na seleção dos doentes,

assim como, no número de doentes a atribuir a cada um - “*É para lhes dar autonomia*” (enfermeiro orientador I), interferindo na seleção realizada pelos EE, se considerassem necessário. Numa das observações verificamos que o enfermeiro orientador L, uma vez que não conhecia tão bem os EE, fez a distribuição na véspera em conjunto com o enfermeiro orientador J, com o qual esteve reunido para obter o seu parecer relativamente à evolução e necessidades de aprendizagens dos EE em causa.

** Na seleção de doentes a atribuir aos EE estava bem claro para todos os enfermeiros orientadores, nos vários serviços nos dois EC, quais as situações que poderiam beneficiar a aprendizagem dos EE, sendo que todos enveredavam esforços para cumprir essa exigência, parecendo não precisarem de qualquer orientação especial quanto a este aspeto. Mais uma vez verificamos que num dos serviços a diversificação de experiências dos EE poderia ficar mais condicionada do que nos outros serviços, pelo facto de existir menos autonomia por parte dos enfermeiros orientadores quanto à escolha dos doentes.*

Mais uma vez registamos diferenças entre o observado no EC A e no EC B, em que no segundo mencionado os EE não tinham grande possibilidade de participar na seleção dos doentes, mesmo estando num estágio de aprendizagem mais avançado.

Tipologia dos doentes atribuídos

A predominância de atribuição de doentes esteve condicionada pelas especificidades das valências médicas e cirúrgicas que os 5 serviços poderiam oferecer, sendo, de uma forma geral, uma tipologia pouco diversificada, em que as necessidades de cuidados eram muito semelhantes entre os doentes internados

Diversidade e número de experiências

Neste item, para além da observação, interrogamos os EE e os enfermeiros orientadores e verificamos o preenchimento dos cronogramas de atividades por parte dos segundos, que confirmaram os dados referidos a seguir.

De uma forma global, neste período de observação verificamos que, praticamente, todos os serviços se encontravam com taxa de ocupação diminuída em quase todos os turnos o que em certa medida condicionou as experiências dos EE. Num dos serviços o enfermeiro orientador referiu que nos últimos meses, em virtude de alteração dos acordos estabelecidos entre o HP e o Estado, deixou de ter a diversidade de experiências consideradas relevantes para EE deste tipo de EC, considerando por isso que o serviço estava a deixar de ser um local ideal para a consecução dos objetivos do EC em causa.

As experiências incidiram maioritariamente ao nível dos cuidados de higiene no chuveiro (na maca banheira e cadeira sanita), posicionamentos, massagens de conforto, avaliação e registo dos sinais vitais, orientação para o autocuidado, primeiro levante, transferências cama/cadeira e vice-versa, apoio na deambulação, supervisão da alimentação, realização de pensos, mobilização e remoção de drenos cirúrgicos, cuidados gerais de pré-operatório e pós-operatórios imediatos, pesquisas de glicemia capilar, preparação e administração de terapêutica intramuscular, remoção de cateter epidural, colocação de meia elástica, treinos vesicais, treinos intestinais, supervisão da toma da medicação oral, elaboração de registos de enfermagem, e aplicação e preenchimento de várias escalas (Barthel, Braden, Autocuidado). Raras situações de remoção de pontos e poucas oportunidades de punção venosa para colheita de sangue, de aspirações de secreções e nebulizações.

Os EE do EC A referiram menos experiências em algalias, entubações nasogástricas, cuidados de higiene no leito, tendo estabelecido comparações com os colegas que estavam noutros serviços de outros hospitais a realizarem o mesmo EC. Neste caso, verificamos que a tipologia dos doentes condicionava as experiências dos EE. A acrescentar que num dos serviços encontravam-se em simultâneo com os EE do EC A estudantes de especialidade de enfermagem de três instituições diferentes.

No serviço 1 observamos uma ou outra circunstância em que as experiências não foram aproveitadas, como o facto de num dos turnos de observação, ter entrado um novo doente para o serviço, em que era necessário proceder à sua admissão, a qual foi realizada por um enfermeiro do serviço, sem que a experiência tenha sido dada a nenhum dos EE presentes.

No serviço 2 verificamos muito poucas experiências ao nível da medicação injetável e de soroterapia; no turno da tarde, verificamos que os EE estavam muito desocupados, concentrados na central de enfermagem, tendo referido que *“as tardes são muito paradas”* e, também, confirmaram a existência de muito poucas experiências em preparação e administração de medicação nos turnos da manhã, sobretudo, soroterapia.

No serviço 3, numa das observações, o turno estava *“muito leve”*, sem muitas oportunidades; neste serviço também foi referido que as punções venosas para colheita de sangue eram realizadas, preferencialmente, pelos EE do 4º Ano ou pelos enfermeiros do turno da noite.

** A circunstância da baixa taxa de ocupação dos serviços, aliada à tipologia dos doentes disponíveis e, também, ao facto de EE do 4º ano do CLE do ICS se*

encontrarem nos mesmos serviços, levou-nos a verificar que, apesar de existir um número e variedade considerável de experiências relevantes para o EC B. Nalguns procedimentos considerados importantes verificou-se poucas ou nenhuma experiências, como foi o caso das punções venosas para colheita de sangue, da medicação endovenosa, da soroterapia, da algaliação e da entubação nasogástrica.

No caso do EC A, apesar do leque razoável de experiências, dados os objetivos do EC em causa, os cronogramas de atividades, as opiniões dos EE e as experiências observadas revelaram a inexistência de algumas experiências importantes neste estágio de aprendizagem, como o banho no leito e as algaliações, assim como a colheita de dados de enfermagem em doentes admitidos. Por outro lado, a tipologia dos doentes e as respetivas circunstâncias acabavam por condicionar as possibilidades de aprendizagem dos EE, assim como o facto de coexistirem no mesmo período vários EE doutros cursos e escolas.

Apesar de algumas das circunstâncias dos serviços não serem passíveis de mudança, os aspetos mencionados poderiam ser analisados e discutidos entre os intervenientes do ICS e do HP, no sentido de averiguar hipóteses de melhoria, como a possibilidade dos EE poderem deslocar-se a outros serviços, sempre que surgisse a oportunidade de uma experiência relevante e a melhor distribuição dos estudantes dos vários cursos e instituições de ensino.

Tempo disponível para orientar cada EE

De uma forma geral, os EE não foram apressados ou substituídos, tendo-se verificado a existência de algum tempo para a sua orientação, variando as percentagens aproximadas de tempo destinado à orientação, entre 50 a 80%, embora se tivessem verificado algumas diferenças entre os serviços relacionadas sobretudo, com o número de alunos e de doentes atribuídos e com o facto de o enfermeiro orientador acumular ou não funções de responsável de turno. Por outro lado, verificamos que em quase todos os serviços, o número de doentes era inferior à sua lotação, facto que não era muito comum em anos letivos anteriores. Alguns enfermeiros orientadores estabeleceram a comparação entre o modelo de orientação atual e o anterior, tendo referido vantagens e desvantagens de ambos os modelos e preferindo orientar no seu horário de trabalho, mas estando supranumerários e apenas com os doentes atribuídos aos EE.

No serviço 1, num dos turnos com o enfermeiro orientador J, em que se encontrava com 15 doentes e responsável de turno, verificamos que, apesar das inúmeras atividades a realizar, esteve bastante ocupado com atividades de supervisão,

em parte, também porque pôde contar com a colaboração do colega que se encontrava a fazer o turno da tarde com ele e, também, pelo método de tarefa ao qual, habitualmente, recorriam. No entanto, num dos turnos, verificamos que o enfermeiro orientador L, em virtude de estar como responsável de turno dedicou apenas 20% do seu tempo para a supervisão.

Neste serviço, verificamos também, em duas situações num dos turnos realizados pelo enfermeiro orientador I, que alguns EE acabaram por ser substituídos: numa situação havia necessidade de realizar punção venosa para colheita de sangue a doente atribuído a EE, o enfermeiro orientador encontrava-se na visita médica, o enfermeiro do serviço preparou o material com EE, contudo, foi necessária ajuda em levantar do leito de um doente em que o EE foi ajudar e o enfermeiro do serviço acabou por efetuar a colheita, sem que tivéssemos registado necessidade de urgência na mesma, para além de que estavam disponíveis outros EE; noutra situação o enfermeiro orientador preparou o material de punção venosa sem a presença do EE, sendo que quando este chegou apenas confirmou se o material estava completo.

No serviço 2, de uma forma geral, verificamos alguma disponibilidade para a orientação, tendo os enfermeiros orientadores ocupado em média, 50 a 55% do tempo disponível em atividades de orientação. Observou-se que o enfermeiro orientador A estava bastante ocupado com atividades de responsável de turno, dividindo-se entre a orientação dos EE e as atividades do serviço; verificamos que o enfermeiro orientador se prontificou a acompanhar um dos EE que se encontrava a realizar um procedimento, mas não conseguiu ir de imediato, porque estava a realizar tarefas de responsável de turno (preenchimento de documentos a enviar à farmácia). Este enfermeiro orientador referiu ser difícil conciliar tudo e que não tinha tempo suficiente para orientar os EE, que se sentia muitas vezes cansado em acumular as duas funções e, também, pela permanência quase anual de acompanhamento dos EE, com intervalos muito breves (verão, Natal e Páscoa). No caso do enfermeiro orientador B verificamos mais tempo para a orientação, mas, apesar da paciência e do tempo disponibilizado para escutar os EE, notou-se alguma necessidade do enfermeiro orientador em acabar a conversa de início de turno com os mesmos para recomençar as suas funções como enfermeiro e responsável de turno. Mesmo no caso do enfermeiro orientador C, que estava só com a supervisão e num turno com poucos doentes, ocupou apenas cerca de 50% do seu tempo com a orientação dos EE e o restante a ajudar os colegas de turno na prestação de cuidados a outros doentes.

No serviço 3 verificamos grande disponibilidade para orientação, tendo os enfermeiros orientadores ocupado em média cerca de 75% do tempo com a orientação dos EE. No entanto, o enfermeiro orientador E referiu que neste modelo havia desvantagens, porque a sua atenção ficava dividida e o seu tempo para orientar e conversar com os EE era bem menor; referiu que, *“quando o serviço estava mais pesado”*, tinha muito menos tempo para os EE; mas, independentemente do número de doentes e do tipo de cuidados, em comparação com o método anterior, sentia-se menos liberto para estar com os EE como dantes em que, quando era necessário, se reunia com eles durante o turno para debater e analisar vários assuntos – *“Agora faço parte da equipa, não me sinto tão liberto para fazer isso”*; concordou que o enfermeiro orientador fizesse parte da equipa e fosse responsável pelos doentes, apenas que deveria estar supranumerário e só ficar com os doentes atribuídos aos EE.

No serviço 4 também se verificou tempo para a orientação, tendo os enfermeiros orientadores em média ocupado cerca de 80% do tempo com a orientação dos EE (serviço com poucos doentes). Os EE não foram apressados ou substituídos, mas num dos turnos em causa, um dos EE que tinha um doente não atribuído ao enfermeiro orientador, verificamos que o enfermeiro realizou o penso ao doente e o EE apenas observou, não pela carga de trabalho, mas por opção do enfermeiro. O enfermeiro orientador F referiu que o modelo anterior era mais adequado, pois *“não havia distrações no processo ensino/aprendizagem”*, o tempo de orientação era exclusivamente dedicado a este propósito, diferente do modelo atual em que precisava cumprir, para além da orientação, as outras funções. Para além disso, num dos turnos, quando chegamos ao local para a observação, deparamos com o enfermeiro orientador G, quando no plano inicial estava destacado o F, sendo que a razão apontada pelo G prendeu-se com a necessidade de trocas de horário, por causa de alterações na equipa de enfermagem do serviço. O enfermeiro orientador G referiu que o horário do serviço até uma parte do EC foi adequado para a articulação com a supervisão de EE, com predominância de folgas ao fim de semana. A partir de determinada altura, devido a alterações não previstas na equipa, o horário elaborado pelo enfermeiro chefe tornou-se menos adequado com predominância de folgas à semana, obrigando os enfermeiros orientadores a fazerem trocas para poderem ficar com horário compatível com a supervisão e a realizarem várias modificações nos horários dos EE.

No serviço 5 verificou-se que houve algum tempo para a orientação, o enfermeiro orientador ocupou cerca de 50% do tempo com a orientação. Numa das

observações, o enfermeiro orientador teve todo o tempo disponível para a orientação, pois esteve como elemento supranumerário. O enfermeiro orientador H referiu que preferia o modelo de orientação atual, considerando ser mais adequado, pois tinha controlo sobre o trabalho feito, mesmo estando envolvido em diversas atividades, não se tornava tão cansativo em termos de sobrecarga horária como o anterior no qual, mesmo não prestando cuidados, os doentes e funcionários não viam a sua função como enfermeiro orientador por ser enfermeiro do serviço, confundindo sempre as duas funções. Contudo, no modelo atual, considerou que não estava tão disponível para a supervisão integral quando os turnos eram mais pesados; os cuidados aos doentes ficavam assegurados, porque eram os EE que os prestavam mas, segundo referiu, tinha de fazer os registos dos seus doentes e nem sempre lhe sobrava tempo para isso; assim, no que respeitava à supervisão, acabava por “*deixar cair*” a orientação quanto aos planos de cuidados, não só pelo pouco tempo disponível, mas também porque não se sentia tão à vontade e, por outro lado, o obrigaria a mais pesquisa – “*a supervisão obriga a uma dupla concentração: os EE e o que é preciso fazer aos doentes, acabando também por ser cansativo*”. O enfermeiro orientador considerou que o ideal seria ficar exclusivamente com os EE no seu horário de trabalho, que seria o melhor modelo de acompanhamento.

** Verificamos que neste item a percentagem de tempo dedicada à supervisão variou conforme o serviço em causa, sendo maior nos serviços 1, 3 e 4 e menor nos serviços 2 e 5. Foi notório, especialmente, no serviço 2 que o facto de os enfermeiros orientadores acumularem a função de responsável de turno diminuía o tempo disponível para a orientação dos EE, sobretudo, no caso do enfermeiro orientador A. Também neste item a taxa de ocupação do serviço influenciou o tempo disponível para a orientação, sentindo-se os enfermeiros orientadores mais disponíveis para orientar os EE quando o serviço “estava mais leve”. Mas, independentemente, destes fatores, os enfermeiros orientadores manifestaram verbalmente e através dos seus comportamentos que não se sentiam completamente libertos para a função de supervisão, sentindo que faziam parte da equipa, com doentes atribuídos, tendo necessidade de desempenhar a sua função como enfermeiros e de dar resposta às várias solicitações inerentes a essa circunstância, sendo que consideravam esta função prioritária em relação à supervisão. Neste sentido, concentravam o seu tempo de orientação mais ao nível dos procedimentos, não restando tempo para a orientação de outros aspetos, como os planos de cuidados.*

Para os que tinham orientado anteriormente fora do horário de trabalho, foi inevitável o estabelecimento de comparações, ficando bem visível a sua discordância pelo pouco tempo que consideravam ter no modelo atual para orientarem os EE de forma integral, apesar de concordarem que a orientação deveria ser dentro do seu horário de trabalho, considerando apenas que deveriam estar supranumerários.

Colocamo-nos a questão se, mesmo estando o enfermeiro orientador supranumerário, ele se sentiria totalmente liberto para a função de supervisão, uma vez que nos dois turnos observados nessa circunstância verificamos que os enfermeiros orientadores dedicaram uma parte do seu tempo a ajudarem os colegas e a colaborarem com o serviço.

Nos serviços 1 e 2 verificamos acumulação de funções por parte dos enfermeiros orientadores, no serviço 1, situações pontuais de substituição de EE e, no serviço 4, alguma dificuldade quanto aos horários dos enfermeiros orientadores, tendo estes a necessidade de realizar trocas para terem horário compatível com a orientação.

Estas constatações vieram ao encontro dos relatos das entrevistas exploratórias, sobretudo, da enfermeira geral e dos professores e evidenciaram a necessidade de maior análise e discussão sobre este assunto entre o ICS e o HP, de forma a ser encontrada a melhor solução.

Carga de trabalho na prestação de cuidados

A avaliação do tempo gasto na prestação de cuidados, tal como no ponto anterior, foi aproximada, sendo que por vezes esta atividade se misturou com a supervisão, uma vez que os EE na fase em que se encontravam, mesmo no EC A (última semana), já prestavam a maior parte dos cuidados, pelo que só contabilizamos para este item atividades de prestação de cuidados diretos aos doentes ou outras atividades (ex. responsável de turno) que não estivessem relacionadas com a supervisão dos EE.

No serviço 1 de uma forma geral, as atividades de prestação de cuidados dos enfermeiros orientadores, não relacionadas com a supervisão, centraram-se na elaboração dos registos dos doentes atribuídos, na verificação e na administração de medicação, na prestação de cuidados de conforto, enquanto as atividades de colaboração na coordenação do serviço consistiram na assistência na visita médica, na verificação da medicação e na elaboração do horário dos enfermeiros. Verificamos que a percentagem aproximada de dedicação de tempo à prestação de cuidados ou a atividades relacionadas com o serviço rondou os 20 a 25%, sendo que num dos turnos da tarde, como já

referimos anteriormente o enfermeiro orientador L dedicou 80% do seu tempo na prestação de cuidados e, sobretudo, em atividades de responsável de turno. Neste caso, observamos que o enfermeiro orientador teve de se ausentar do serviço no início do turno para reunião com a direção de enfermagem e, quando regressou, teve de elaborar o horário do serviço, uma vez que era uma das suas funções, assim como, teve de ajudar o colega de equipa na elaboração dos registos e na administração de medicação, tendo-lhe restado muito pouco tempo para a supervisão.

O enfermeiro orientador L referiu que num dos turnos da semana anterior (que não observamos), em que para além de supervisionar os EE estava de coordenação a nível do HP, acabou por quase não estar com os EE, pois no início do turno esteve reunido com enfermeiro chefe e depois teve de se ausentar do CPC durante 1,5h para resolver situação/problema noutro serviço, uma vez que estava de coordenação.

Observamos também que, mesmo nos turnos em que os enfermeiros orientadores estiveram supranumerários, ou seja apenas com a supervisão, acabaram sempre por dedicar uma parte do seu tempo, aproximadamente 20% a 25%, a ajudar os colegas na prestação de cuidados ou nas atividades de coordenação do serviço. A este respeito o enfermeiro orientador L referiu que num turno da manhã (não observado) em que se encontrava a supervisionar EE que, apesar de estar supranumerário, foi destacado para acompanhar a visita médica nas 2 alas do serviço, o que o ocupou cerca de 3 horas (das 9:30horas às12:30horas) do seu turno.

No serviço 2 verificamos algum tempo disponível para a prestação de cuidados e outras atividades, tendo os enfermeiros orientadores em média ocupado cerca de 45 a 50% do tempo para este efeito. No caso do enfermeiro orientador A, verificamos que o seu tempo foi muito preenchido e dividido entre procedimentos relacionados com os cuidados aos doentes e, sobretudo, atividades de responsável de turno. No caso do enfermeiro orientador B também verificamos a acumulação de funções de responsável de turno, assim como, ocupação do tempo na ajuda na prestação de cuidados a doentes atribuídos aos colegas de equipa. Mesmo no caso do enfermeiro orientador C que não tinha doentes atribuídos, verificamos que ocupou cerca de 50% do tempo disponível para ajudar os colegas, no entanto, tratou-se de uma orientação pontual.

No serviço 3 os enfermeiros orientadores ocuparam em média cerca de 25% do seu tempo para atividades exclusivas relacionadas com os seus doentes que consistiram, essencialmente, na prestação de cuidados de higiene a doentes não atribuídos aos EE e na elaboração de registos dos doentes atribuídos. Consideramos que se verificou tempo

disponível para a prestação de cuidados pelo facto de os EE prestarem cuidados globais a uma grande parte dos doentes atribuídos aos enfermeiros orientadores, uma parte dos doentes atribuídos necessitar de poucos cuidados e ter-se verificado colaboração dos colegas de equipa.

No serviço 4 os enfermeiros orientadores ocuparam em média, cerca de 20% do tempo na prestação de cuidados aos seus doentes que consistiram, essencialmente, na visita aos doentes, na elaboração de registos e na realização de punção venosa a doente com acessos venosos difíceis. O enfermeiro orientador G referiu *“alguém fica sempre a perder, não temos tempo para tudo, se eu tiver um banho no leito, não tenho tempo de realizar outro tipo de supervisão”*. Referiu gostar mais do método anterior, considerando que tinha mais tempo para os EE para discussão de casos, por exemplo, no período das 11h às 15h, em que agora utilizava para fazer registos e admissões, pois para além da orientação tinha as atividades do serviço, sendo que muitas discussões, comentários e orientações são realizados nas OT, pois referiu não existir disponibilidade dentro do horário de trabalho.

No serviço 5 verificamos que, apesar da carga de trabalho ser moderada, o enfermeiro orientador ocupou 50% do tempo com a prestação de cuidados. Numa das observações não se encontrava na prestação direta de cuidados, mas cooperou com o serviço e com os colegas.

** No seguimento do referido no item anterior e de acordo com os dados observados, concluímos que os serviços onde os enfermeiros orientadores despenderam mais tempo na prestação de cuidados ou com atividades do serviço foram nos serviços 2 e 5, sendo no primeiro caso, pelo facto de estarem como responsáveis de turno. Excetuando esta última circunstância, as atividades de prestação de cuidados exclusivas dos enfermeiros orientadores circunscreveram-se à elaboração de registos de enfermagem nos processos dos doentes e, ainda, à prestação de cuidados a doentes não atribuídos aos EE, quer fossem dos orientadores, quer fossem dos colegas. No caso do serviço 1 a carga de trabalho dos enfermeiros orientadores era mais elevada que nos restantes serviços e não estava só dependente do número e tipo de doentes atribuídos, mas também com funções de coordenação do serviço e do hospital, podendo reduzir drasticamente o tempo dos enfermeiros orientadores para a supervisão dos EE.*

A relativa disponibilidade para a prestação de cuidados deveu-se ao facto de os EE já prestarem a maior parte dos cuidados aos doentes atribuídos, de os serviços estarem com uma ocupação inferior à sua lotação máxima e de se ter verificado,

globalmente, colaboração das equipas neste aspeto. Não tivemos oportunidade de realizar observação no início do EC, altura em que os EE estiveram com introdução progressiva de atividades e, portanto, sem prestarem cuidados globais aos doentes, nem com os serviços na sua lotação máxima, situação que tinha sido habitual até então. No entanto, o que observamos permitiu-nos concluir que existia tempo para a prestação de cuidados, embora fortemente condicionado pelo estágio de aprendizagem dos EE, pelo número de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador e respetiva correspondência com o número de doentes atribuídos aos EE e pelo grau de colaboração da equipa de enfermagem.

O facto de os enfermeiros orientadores ficarem supranumerários, na prática acabava por não se traduzir em maior tempo para a supervisão, pois continuavam a agir como membros da equipa, ajudando os colegas, não só na prestação de cuidados aos doentes, mas também em atividades de coordenação do serviço. O estatuto de supranumerário, por vezes, era uma mera formalidade, uma vez que o facto de o enfermeiro orientador não ter doentes atribuídos era aproveitado pelo serviço para lhe atribuir outras funções, conforme a necessidade do momento.

Mais uma vez ficou evidente que não seria desejável que os enfermeiros orientadores exercessem funções de responsável de turno e/ou coordenação do serviço e/ou do hospital em simultâneo com a supervisão, pois condicionava o tempo disponível, não só para a supervisão, como para a prestação de cuidados, estando de acordo com o focado nas entrevistas exploratórias quanto à incompatibilidade de funções.

Organização do turno por parte dos enfermeiros orientadores

A organização do turno nos vários serviços teve em conta o já mencionado anteriormente, quanto à divisão das funções de supervisão e de enfermeiro, sendo que várias vezes, estas duas funções se verificaram em simultâneo ao longo dos turnos, uma vez que os EE prestavam praticamente todos os cuidados a uma grande parte dos doentes atribuídos. A organização do turno também esteve condicionada pelo facto de o enfermeiro orientador em causa estar ou não com funções de responsável de turno (serviços 1 e 2), assim como, com o facto de estar com cargo de coordenação no hospital (serviço 1). Também verificamos que, mesmo nos turnos em que os enfermeiros orientadores estavam supranumerários, ocuparam uma parte do seu tempo a ajudar os colegas na prestação de cuidados e/ou na coordenação do serviço.

De uma forma global, os enfermeiros orientadores iniciavam pela passagem de turno, distribuição de doentes pelos EE, orientações iniciais, chamadas de atenção relativamente a aspetos dos cuidados a prestar aos doentes, resposta às dúvidas colocadas pelos EE sobre os doentes atribuídos, passagem por todos os doentes para avaliação inicial do seu estado, supervisão e, por vezes, prestação de cuidados aos doentes em colaboração com os EE.

No serviço 1, para além da supervisão, a organização do turno por parte dos enfermeiros orientadores incluía também atividades relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes, quer estivessem atribuídos ou não, uma vez que os enfermeiros se organizavam essencialmente, pelo método de tarefa, sobretudo, nos turnos da tarde. Verificamos que em três dos turnos observados os enfermeiros orientadores tiveram de participar em reuniões no início do turno, como reunião de serviço com o enfermeiro chefe no caso do enfermeiro orientador I (mesmo estando supranumerário), reunião individual do enfermeiro orientador com o enfermeiro chefe no caso do enfermeiro orientador J, ou mesmo reunião fora do serviço com direção de enfermagem, como aconteceu num dos turnos do enfermeiro orientador L. Para além das atividades de supervisão e de prestação de cuidados aos doentes, em três dos turnos observados os enfermeiros orientadores tiveram de organizar o turno em função também dos cargos de responsável de turno e de coordenação. Por vezes, tinham de realizar estas atividades em simultâneo com a supervisão, como no caso do enfermeiro orientador J em que enquanto supervisionava um EE numa alimentação por gavagem, ia realizando outras atividades relacionadas com o serviço. Como já referimos anteriormente, num dos turnos do enfermeiro orientador L, em que estava de responsável de turno, teve de se ausentar do serviço para reunir com direção de enfermagem e depois de regressar apenas ocupou cerca de 20% com atividades de supervisão dos EE, pois esteve bastante ocupado com atividades do serviço. Também, num dos turnos realizados pelo enfermeiro orientador J verificamos que teve de abandonar o serviço para receber turno de coordenação de hospital. No que respeita à supervisão, verificamos que o enfermeiro orientador I conferia com todos os EE toda a medicação dos seus doentes e aproveitava para os questionar sobre esse aspeto, o que não acontecia com os outros enfermeiros orientadores.

No caso do serviço 3, os enfermeiros orientadores ocupavam mais tempo com atividades de supervisão para além das referidas anteriormente, sobretudo o enfermeiro orientador D que realizou atividades, como discussão sobre os cuidados prestados,

verificação com os EE das folhas de terapêutica, orientação dos EE em relação aos registos.

Também no serviço 4, o enfermeiro orientador G supervisionou a elaboração de planos de cuidados, assim como, realizou no final do turno dos EE, uma passagem de turno só com eles, uma vez que a passagem de turno do serviço só se realizava uma hora mais tarde.

Nos casos em que os enfermeiros orientadores ficaram exclusivamente com a supervisão dos EE, serviços 1, 2 e 5 verificamos que, no último serviço mencionado, o enfermeiro orientador organizou o turno em função das atividades a supervisionar e, no primeiro e segundo serviços, os enfermeiros orientadores passaram uma boa parte do turno a ajudar os colegas de equipa.

De uma forma geral, as atividades realizadas pelos enfermeiros orientadores de prestação direta de cuidados, ou outras não relacionadas com a supervisão de EE, consistiram na elaboração dos registos dos seus doentes, uma ou outra punção venosa para soroterapia, acompanhamento da visita médica (serviço 4), mesmo quando não era responsável de turno, vigilância e comunicação com os doentes e resolução de várias situações relacionadas com os doentes (serviço 5). No serviço 1, para além das atividades mencionadas, os enfermeiros orientadores poderiam colaborar com os colegas na verificação, preparação e administração de medicação.

Verificamos também, que alguns dos enfermeiros orientadores ocupavam o seu tempo a ajudarem os colegas na prestação de cuidados a doentes não atribuídos (serviço 1 e 2), como a administração de medicação, sendo que nalguns casos (serviços 1 e 2) a equipa se organizava pelo método de tarefa para dar resposta mais rápida a todas as necessidades de cuidados e de organização do serviço.

Verificamos que no serviço 2, uma vez que dos três enfermeiros orientadores dois (A e B) acumulavam quase sempre a função de responsáveis de turno em simultâneo com a supervisão, para além das atividades mencionadas, realizaram atividades inerentes a essa função, como o acompanhamento da visita médica, verificação das prescrições médicas, assim como, verificações várias (ex. stocks), admissão de doentes de ambulatório e deslocações ao bloco operatório para receber doentes em pós-operatório imediato.

** Verificamos que a organização do turno por parte dos enfermeiros orientadores teve aspetos de semelhança entre os mesmos, quer fossem do mesmo serviço ou de serviços diferentes, no sentido em que todos se preocupavam de igual*

forma com os aspetos iniciais do turno de supervisão, como a distribuição dos doentes e as orientações aos EE e, também, com a prestação dos cuidados necessários aos doentes, observando e colaborando com os EE na sua implementação, assim como, realizando outras atividades como os registos nos processos dos doentes, ou colaborando com os colegas de equipa.

As diferenças observadas na organização do turno estiveram relacionadas com: as funções que eram atribuídas aos enfermeiros orientadores em cada serviço, como de responsável de turno nos serviços 1 e 2, ou de coordenação de hospital no serviço 1, ou a função de assistir a visita médica no serviço 4; com o método de trabalho predominante no serviço; com a forma como os enfermeiros orientadores assumiam as suas funções como enfermeiros no serviço; e com a forma como cada um encarava a supervisão, sendo que alguns a encaravam de uma forma que nos pareceu mais plena, tendo demonstrado serem mais inovadores, na forma como organizaram o seu turno, como nos casos dos enfermeiros orientadores D (serviço 3) e G (serviço 4), tendo aproveitado mais o tempo em função das atividades de supervisão.

Orientação segundo o modelo em uso/modelo exposto

De uma forma geral, nos vários serviços, a orientação foi feita em função do modelo em uso, centrada nas rotinas e nos procedimentos, aparentemente, descentrada da abordagem global do doente, pouco questionamento e/ou comentários em relação ao trabalho realizado pelos EE, preferindo os enfermeiros orientadores mais dizer aos EE como deviam fazer e não tanto estimulá-los à reflexão e à autonomia nas decisões. Em todos os serviços, verificamos discrepâncias entre o ensinado e o praticado relativamente a tratamento de feridas, na utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), higienização das mãos e manipulação de medicação injetável. Para além destes aspetos comuns a todos os serviços, mencionaremos de seguida alguns aspetos mais particulares de cada serviço relacionados com este item.

No serviço 1 num dos turnos do enfermeiro orientador L constatamos que, apesar de a orientação estar centrada nos procedimentos, existia alguma sensibilidade para aspetos de pormenor (ex. utilização de EPI), para além de ter feito algumas correções de erros em procedimentos realizados pelos EE. Notamos que supervisionou, fazendo advertências com delicadeza, mas com firmeza, corrigindo e advertindo perante o erro dos EE sempre que necessário, e exigindo dos mesmos o que era esperado. Também a abordagem dos doentes foi realizada com muita delicadeza e calma, tentando corresponder às suas necessidades. Pontualmente, num dos turnos do enfermeiro

orientador I, verificamos alguma valorização da comunicação e da relação com o doente.

Neste serviço verificamos, também, diferenças significativas nalguns procedimentos realizados pelos enfermeiros do serviço e pelos enfermeiros orientadores em relação ao preconizado pelo ICS, sobretudo, quanto ao método de trabalho e à utilização de EPI. Verificamos que tanto enfermeiros como EE percorriam o serviço com luvas de proteção calçadas, depois de entrarem em contacto com o doente (ex. para buscar toalha que faltava), ou não procediam à higienização das mãos na troca de luvas. Na utilização das luvas de proteção verificaram-se algumas discrepâncias que eram fundamentadas pelos enfermeiros orientadores com frases do tipo - *“por ser norma do Hospital”*, enquanto os EE referiam - *“ensinaram-nos assim (no serviço)”*. Relativamente a este aspeto o enfermeiro orientador L referiu a necessidade de clarificação da utilização de EPI junto dos EE e com os outros enfermeiros orientadores. Observamos, também, pouca atenção à preservação da privacidade dos doentes durante os procedimentos.

No mesmo serviço, numa situação de realização de uma algáliação pela primeira vez por um dos EE, o enfermeiro orientador J foi-lhe explicando, progressivamente, o que tinha a fazer, sem levar o EE a pensar por si próprio e, embora se tivesse respeitado os princípios da assepsia, vários passos do procedimento foram realizados de maneira diferente do exposto, não existindo grande espaço para que o EE se pronunciasse sobre o que aprendeu e como aprendeu. O enfermeiro orientador ensinou alguns “truques”, para facilitar o procedimento, mas a técnica foi demasiadamente demorada, perante doente muito paciente e elevada assistência dos restantes colegas (todos). Embora o enfermeiro orientador tenha referido que realizava, habitualmente, avaliação final dos procedimentos, esta não se verificou após o procedimento em causa, não se tendo verificado grande esforço na estimulação da reflexão do EE na e sobre a ação. No mesmo turno outro EE realizou cuidados de higiene sem supervisão, não tendo zelado adequadamente pela privacidade do doente. Noutro turno com o enfermeiro orientador J, verificamos que um EE não foi incentivado a explicar ao doente o procedimento a realizar, sendo que o doente apresentava alterações da comunicação. Nesta situação verificamos ainda que os EE encontravam-se em torno do doente a comentarem a técnica na frente do mesmo como se não estivesse presente, sem que o enfermeiro orientador os tivesse chamado a atenção por tal facto. O mesmo se verificou num dos turnos com o enfermeiro orientador L, em

que discutiu o procedimento de inserção de sonda nasogástrica, junto do doente com todos os EE presentes.

Observamos que nas colheitas de dados realizadas pelos EE para avaliações iniciais dos doentes, os mesmos copiavam uns pelos outros, não as preenchendo em entrevista com o doente mas com o colega que esteve com o doente num turno anterior, sendo que os enfermeiros orientadores, aparentemente, não tinham conhecimento desta situação. Ainda ao nível das atitudes, verificamos num dos turnos com o enfermeiro orientador I, que os EE circulavam nos corredores de braços cruzados, como se não tivessem nada para fazer, o que não está de acordo com as indicações dadas aos EE pelos professores. Também, num dos turnos com o enfermeiro orientador J, os EE chegaram todos depois da passagem de turno já ter começado, mas tal não foi observado pelo mesmo, pois este encontrava-se em reunião com o enfermeiro chefe.

No serviço 2, nalguns aspetos de pormenor, verificamos que o modelo em uso coincidia com o modelo exposto, alguns apelos à reflexão e à pesquisa (ex. sobre farmacologia) e muita atenção relativamente aos pormenores dos procedimentos, assim como à respetiva justificação (enfermeiro orientador C). Observamos discrepância, sobretudo na forma de organização dos EE, na utilização de EPI e na verificação de alguns aspetos comportamentais: EE chega atrasado por duas vezes (15 a 25 minutos), uma das quais já depois da passagem de turno, com joias, sem que tenha sido advertido ou corrigido por nenhum destes dois aspetos; EE eram orientados para se organizarem aos pares na prestação de cuidados de higiene aos doentes.

No serviço 3, verificamos que o enfermeiro orientador D era mais observador que interventivo, questionando e interrompendo quando alguma coisa não estava bem, sendo os questionamentos dirigidos à reflexão e tomada de decisão, o que foi observado várias vezes. Neste serviço, numa dada situação, verificamos que o enfermeiro orientador D referiu tentar aproximar-se ao modelo exposto – *“perguntei como tinham aprendido”*. No entanto, num aspeto relacionado com a preparação de medicação injetável, orientou, aparentemente, segundo o seu próprio modelo em uso, como costumava fazer *“costumo fazer assim, desta maneira”*, que era diferente não só daquilo que os EE aprenderam, mas da própria equipa. Verificamos discrepâncias relativamente a: manipulação e administração de medicação injetável; quase ausência de registos de enfermagem por parte dos EE, tendo-se verificado, ao contrário dos outros serviços, que a pasta dos registos dos EE se encontrava, praticamente vazia, com poucos planos de cuidados e folhas de colheitas de dados, sem notas de evolução nem folhas de

terapêutica para os EE assinarem a medicação, uma vez que não o podiam realizar na pasta de terapêutica do serviço.

No serviço 4, o enfermeiro orientador G realizou algumas vezes questionamento durante o processo de aprendizagem e fez os EE refletirem sobre o que estavam a fazer. Neste serviço verificamos uma boa organização dos registos realizados pelos EE. Em 2 situações de realização de técnica de penso verificamos discrepâncias relativamente aos princípios de assepsia, à higienização das mãos e ao uso EPI, não tendo sido observadas correções nem durante nem depois dos procedimentos. Quando questionado sobre um ou outro aspeto dos procedimentos um dos enfermeiros orientadores fundamentou a sua orientação, referindo - *“porque considero que é melhor”*. Numa situação um enfermeiro do serviço realizou penso a doente atribuído a EE, a meio do banho no leito, com pouca atenção à privacidade do doente, enquanto o EE só observava, verificando-se algumas não conformidades na realização do procedimento, não se tendo observado a intervenção do enfermeiro orientador. Um dos enfermeiros orientadores, habitualmente, usava joias, quando tal não era permitido aos EE. Nalguns turnos com menos atividades devido ao número reduzido de doentes, verificamos que os EE estavam sempre juntos a conversar ou a realizar algo, concentrando-se na central de enfermagem, por vezes, sentados a conversarem. Notamos que os EE comunicavam muito entre si na enfermaria, aproveitando muito pouco o tempo para conversarem e interagirem com os doentes.

No serviço 5, verificamos que em parte dos turnos, o enfermeiro orientador solicitou a opinião dos EE, tendo em conta o modelo exposto, embora, noutras situações a orientação tenha sido mais em função do modelo em uso, dirigida para os procedimentos, mas dando especial enfoque à comunicação com os doentes. Também neste serviço verificamos algumas discrepâncias na manipulação da medicação injetável e ao nível dos registos efetuados pelos EE, em que verificamos que a pasta tinha planos de cuidados, folhas de colheitas de dados muito incompletas, notas de evolução dos doentes sem estarem de acordo com o modelo preconizado, ausência de folhas de registo de terapêutica para assinatura da medicação administrada pelos EE.

** Neste item pudemos constatar uma série de discrepâncias teoria/prática transversais aos vários serviços, sendo que nos pareceu claro que a ênfase era colocada no modelo em uso e nos procedimentos, verificando-se várias diferenças entre o ensinado e o praticado, algumas delas contra o que é comumente aceite como uma boa prática. Dentro destas discrepâncias observamos também os aspetos de atitude,*

como a pontualidade, a apresentação pessoal, a relação com o doente e a postura adequada no EC, defendidos na escola, parecendo não serem valorizados pelos enfermeiros orientadores. Registamos diferenças significativas entre os serviços quanto à forma como os registos dos EE estavam organizados, parecendo existir interpretações diferentes relativamente às indicações dadas pelos professores, ou então, não cumprimento das mesmas, sendo que o serviço 2 e, sobretudo, o 4 apresentavam melhor organização neste aspeto.

Verificaram-se casos pontuais da parte dos enfermeiros orientadores de questionamento, de atenção aos pormenores, de apelo à reflexão, de promoção da autonomia dos EE nas tomadas de decisão e de incentivo à pesquisa, embora esta tivesse incidido mais ao nível da farmacologia. Verificamos que dos 5 enfermeiros orientadores (C, D, G, H, L) que o fizeram, 4 (C, D, G e L) pertenciam ao grupo dos que possuíam formação pós-graduada. Também, verificamos que um dos enfermeiros orientadores com formação pós-graduada (F) aparentemente pareceu não estimular a reflexão dos EE, enquanto outro sem esse tipo de formação (H), pareceu estar mais atento a esse aspeto, tendo ambos já algum tempo de experiência neste tipo de EC. No enfermeiro orientador L notou-se maior consciência crítica relativamente a algumas discrepâncias observadas, assim como, uma abordagem mais centrada nas necessidades de aprendizagem dos EE, sendo este o enfermeiro orientador com mais tempo de experiência no EC em causa.

Os dados encontrados revelaram, aparente desconhecimento por parte dos enfermeiros orientadores dos conteúdos lecionados e da filosofia da escola, mais concretamente do perfil de enfermeiro que preconiza, assim como, falta de preparação para a função de supervisão. Também, revelaram a necessidade de maior aproximação entre a escola e o HP, entre os professores e os enfermeiros orientadores e enfermeiros dos serviços.

Conceções acerca da Enfermagem e da Supervisão

As conceções foram demonstradas, essencialmente, através de comportamentos e não tanto através da verbalização.

Os comportamentos observados revelaram da parte dos enfermeiros orientadores sentido de responsabilidade, capacidade de observação, atenção, segurança, delicadeza, simpatia, cordialidade, disponibilidade, atitude paciente e calma tanto na abordagem dos doentes como na abordagem dos EE. Apesar de termos verificado da parte dos enfermeiros orientadores interesse pelo conforto dos doentes, a prestação dos cuidados

estava centrada nas tarefas e nas rotinas do turno e não tanto na apreciação global do doente, embora se tenha observado adaptações pontuais à situação concreta dos doentes em função das suas necessidades e preferências. Globalmente, observamos muito pouco questionamento dos EE, quase nenhuma advertência ou correção, também, pareceu não haver muito espaço para que os EE organizassem o seu trabalho de forma mais autónoma.

Também, através de verbalizações, tivemos oportunidade de realizar algumas constatações do género - *“Digo aos EE que não estou aqui para lhes bater, mas sim para os ajudar a crescer”* (enfermeiro orientador B), ou *“Quando os EE estão com dificuldades, temos de os ajudar, não podemos dizer logo que vai reprovar”* (enfermeiro orientador F).

No serviço 1 verificamos ausência de uma observação sistematizada dos EE por parte dos enfermeiros orientadores, sendo que a supervisão surgia de acordo com as “rotinas” do serviço e com as solicitações dos EE, e um tanto superficial e aleatória. Também constatamos pouco estimulação dos EE para a comunicação. Apesar dos enfermeiros orientadores por vezes se anteciparem aos EE, chamando a atenção previamente sobre determinados aspetos particulares a ter em conta em relação aos cuidados aos doentes, ou de lhes dizerem os passos a seguir num determinado procedimento, pareceu-nos existir algum espaço para que os EE organizassem o seu trabalho de forma mais autónoma. No entanto, algumas vezes, pareceu-nos que essa “autonomia” era excessiva, no sentido de que observamos os EE a realizarem sozinhos procedimentos que, no nosso entender deveriam ser supervisionados pelo enfermeiro orientador e/ou enfermeiro do serviço, dado o risco para os doentes e o estágio de aprendizagem dos EE no EC em causa. No caso do enfermeiro orientador I a supervisão apresentou-se um tanto superficial, relativa a alguns aspetos aleatórios, em diferentes procedimentos ao acaso, os EE ficavam muito libertos para realizarem o seu plano. No início do turno realizava *briefing* com os EE, fazendo chamadas de atenção do género - *“atenção, quando levantarem o Sr. X quero estar presente; no penso ao Sr.Y quero observar”*. Globalmente, demonstrou delicadeza na abordagem dos EE e dos doentes, mas num dos turnos verificamos que o enfermeiro orientador fez a comunicação de erro e chamada de atenção de um EE em frente ao doente, por linguagem não-verbal e de forma brusca; também, no mesmo turno, reagiu de forma mais agressiva com um EE perante a sua ignorância quando questionado sobre fármacos, em que o enfermeiro orientador retirou de forma brusca a medicação da mão do EE advertindo-o - *“enquanto*

não souberes não administras!”; o mesmo enfermeiro referiu que os EE não queriam doentes parcialmente dependentes, por considerarem que não lhes proporcionavam diversidade de experiências, “*ensinamos que nesses doentes há outros aspetos a trabalhar, como a relação terapêutica*”, no entanto, verificamos que os EE foram pouco estimulados para a comunicação. O enfermeiro orientador J apresentou-se solícito em relação aos EE, paciente e disponível, muito aberto para a colocação das suas dúvidas, deixando-os realizarem quase todas as atividades individualmente, sem supervisão direta, sendo a prestação/supervisão orientada para os procedimentos, com orientações pontuais de acordo com as solicitações dos EE. Num dos turnos pareceu não deixar grande espaço para os EE pensarem por si, dizendo-lhes antecipadamente o que tinham a fazer. Noutro turno, quando um EE teve dúvidas, não deu de imediato a resposta, deixou o EE refletir e fez avaliação de um procedimento em local recatado, só na presença do EE. No mesmo turno, perante um posicionamento inadequado de um doente realizado por um EE, o enfermeiro orientador estimulou-o a refletir.

No serviço 2, verificamos que enfermeiro orientador C era muito solícito com os EE, explicando os procedimentos e tinha atitude empática na comunicação com os doentes. Quanto ao enfermeiro orientador B, verificamos apoio e escuta quando um dos EE regressou ao serviço, depois de reunião com professor, com sinais visíveis de ter chorado, tendo chorado novamente ao falar da reunião com o enfermeiro orientador e colegas; noutro turno, conversou com os EE acerca da avaliação realizada no dia anterior, tendo um deles falado dos seus sentimentos; os EE falaram também da observação realizada no bloco operatório, dos aspetos positivos e negativos do que observaram, tendo o enfermeiro orientador escutado, acolhido e dado as suas sugestões e opiniões acerca do assunto. Notou-se que o enfermeiro orientador B atribuiu alguma autonomia aos EE no planeamento dos cuidados, deu-lhes tempo para executarem os cuidados ao seu ritmo. No entanto, nalgumas situações, como realização de pensos mais complexos, o tempo gasto pelos EE em causa na realização do procedimento foi excessivamente longo, pelo ritmo lento e algumas hesitações. No início do turno, o enfermeiro orientador B respondeu às questões colocadas pelos EE acerca dos doentes e do plano de trabalho que deviam estabelecer. No entanto, nada mais foi observado sobre outros aspetos do cuidado, a não ser os que diziam respeito à dimensão físico/corporal, mesmo em face do drama visível de alguns dos doentes em causa. Verbalmente, foi demonstrando também as suas conceções através da exposição aos EE das rotinas de trabalho e/ou protocolos da instituição.

No serviço 3, o enfermeiro orientador D deixou que os EE elaborassem o seu plano de trabalho, sem interferir, nem se antecipar às suas decisões, mostrando-se paciente, atento e cuidadoso com os detalhes, embora a orientação tenha sido muito centrada nos procedimentos. No caso do enfermeiro orientador E, apesar do pouco questionamento observado, quando verificado era realizado em privado, deixando os EE bastante livres no planeamento do seu trabalho e nas tomadas de decisão, validadas sempre que necessário.

No serviço 4, o enfermeiro orientador F, tal como a maioria, praticamente não fez nenhuma advertência ou correção a nenhum dos EE, mesmo quando parecia que o deveria ter feito, por exemplo, verificamos que os EE comunicavam muito pouco com os doentes, sendo que este aspeto não foi alvo de atenção. O enfermeiro orientador G mostrou-se carinhoso, alegre, comprometido, seguro e observador e, embora a supervisão estivesse centrada nos procedimentos, observamos a utilização de algum questionamento e as advertências eram feitas num tom de voz baixo e delicado; vários pormenores não foram assinalados nos procedimentos, mas verificamos alguma estimulação da reflexão na e sobre a ação.

No serviço 5, com o enfermeiro orientador H observamos também atenção, presença, disponibilidade, capacidade de observação e atitude franca perante os EE, disponibilidade e escuta relativamente aos doentes, falando com a família, esclarecendo acerca de aspetos mais complicados, promovendo a adaptação dos cuidados aos hábitos e preferências dos doentes; deixava os EE realizarem o seu plano de trabalho; enquanto observava os EE, aproveitava para conversar com os doentes.

** Pelo observado, as conceções dos enfermeiros orientadores acerca da enfermagem pareceram ter na sua base, predominantemente, o modelo biomédico, tendo a sua atenção centrada mais nas rotinas decorrentes dos procedimentos médicos e a organização da assistência em função dessa premissa. Dada esta situação e, por vezes, o volume de trabalho em cada turno, a equipa e, por consequência, os enfermeiros orientadores, organizavam-se, segundo o método de tarefa, para corresponder às necessidades de cuidados dos doentes, pelo que seria quase impossível que os EE não “absorvessem” também este método, organizando-se por vezes também aos pares para prestarem cuidados aos doentes, sobretudo, nos serviços 1 e 2, com elevada concentração nos procedimentos técnicos a realizar e não tanto na abordagem mais global do doente que lhes era solicitada pelo professor e pela escola. Verificamos*

irregularidade e caráter esporádico da estimulação da reflexão dos EE e da correção dos aspetos negativos.

Constatamos também alguma discrepância entre o discurso de alguns enfermeiros orientadores (I e J) e a realidade observada, registando-se algumas diferenças entre o defendido e o praticado e, também, alguma discrepância entre os enfermeiros orientadores do mesmo serviço (serviço 1) quanto aos estilos de abordagem dos EE e ao processo de supervisão, o que pareceu evidenciar algumas diferenças quanto às suas concepções neste âmbito.

Por outro lado, demos conta que, com raras exceções (algumas situações com os enfermeiros orientadores D, G e H), os enfermeiros orientadores tinham uma visão interventiva e permissiva da supervisão. Interventiva, uma vez que na maior parte dos casos antecipavam as decisões que os EE deveriam tomar quanto ao seu plano de trabalho e aos aspetos especiais a atender no cuidado aos doentes, antecipando também respostas a questões que deveriam ser colocadas aos EE. Permissiva pela quase ausência de correções e advertências perante o desempenho menos adequado dos EE.

Estratégias pedagógicas utilizadas

As estratégias pedagógicas utilizadas pelos enfermeiros orientadores dos vários serviços foram muito semelhantes e consistiram, essencialmente: na observação e no acompanhamento dos EE, na observação participante, na medida em que realizavam com os EE os vários procedimentos, na demonstração (ex. desbridamento de feridas, administração de terapêutica), nos esclarecimentos/explicações de vários aspetos, alguns dos quais relacionados com as dúvidas colocadas pelos EE, e na escuta atenta dos comentários proferidos pelos mesmos. A estimulação da reflexão foi quase inexistente, assim como o questionamento que, no caso de alguns enfermeiros orientadores, não se chegou a verificar e noutros foi utilizado com pouca frequência ou versou apenas aspetos relacionados com a farmacologia. Também as advertências ou correções dos EE foram muito pouco observadas, assim como, a existência de uma observação planeada e a ocorrência de avaliação dos procedimentos no final dos mesmos.

No serviço 1 o enfermeiro orientador I questionava e verificava os conhecimentos dos EE sobre os fármacos prescritos aos respetivos doentes, embora nem sempre as questões dirigidas deram a oportunidade para os EE refletirem sobre as mesmas. Num dos turnos observou-se o emprego de reforço positivo na avaliação dos registos realizados pelos EE. Também o enfermeiro orientador J num dos turnos

procurou estimular alguma reflexão de dois EE acerca de procedimentos realizados, servindo-se do questionamento. O enfermeiro orientador L realizou algum questionamento, assim como advertência e avaliação após procedimentos, levando à reflexão sobre “o que correu bem e o que correu menos bem”. Num dos turnos reuniu-se de véspera com o enfermeiro orientador J para determinar quais os aspetos a observar nos EE no dia seguinte.

No serviço 2 verificamos que o questionamento esteve ausente em quase todas as observações efetuadas, tendo apenas estado presente com o enfermeiro orientador C, que se encontrava a realizar uma orientação pontual e em que o questionamento incidiu apenas sobre aspetos relacionados com a farmacologia.

Apenas no serviço 3 verificamos que o enfermeiro orientador D realizou observação sistematizada, com objetivos muito precisos para cada um dos EE, solicitando também pesquisa sobre vários assuntos de interesse para a aprendizagem dos EE. Verificamos também que fez algumas advertências e correções. Neste serviço também o enfermeiro orientador E deu orientações muito discretas e fez alguns comentários durante os procedimentos, tendo realizado avaliação no final dos mesmos. Ambos utilizaram o questionamento.

No serviço 4, verificamos que o enfermeiro orientador F também utilizou alguma discussão individual e em grupo, mas sem qualquer questionamento e advertência ou correção, mesmo quando nos pareceu que o deveria ter feito. Por outro lado, o enfermeiro orientador G fez advertências e correções durante os procedimentos, realizou verificação dos conhecimentos dos EE, tendo-se observado questionamento em relação a várias atividades, mas incidindo mais sobre a farmacologia. Este enfermeiro orientador revelou estar bastante atento a tudo o que os EE faziam.

No serviço 5 também verificamos algum questionamento e o facto de o enfermeiro orientador H dialogar frequentemente com os EE.

** O constatado neste item vem complementar o já referido nos anteriores, no sentido de que as estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros orientadores terem sido a observação e a observação participante, com pouco ou nenhum questionamento e pouca estimulação da reflexão. A exceção foram os serviços 1 e 3: no primeiro algumas tentativas para corresponder às necessidades de aprendizagem dos EE, com a utilização da demonstração, do questionamento, da estimulação da reflexão e correções de aspetos a melhorar, embora de forma pouco regular; no segundo verificou-se a utilização de estratégias como a observação sistematizada e a avaliação*

no final dos procedimentos. No caso do serviço 3, verificamos que ambos os enfermeiros orientadores se encontravam a frequentar uma pós-graduação em supervisão e um deles tinha também o mestrado em enfermagem. Assim, consideramos que estes dados também evidenciaram alguma falta de preparação formal e informal dos enfermeiros orientadores para a função de supervisão e corroboraram os dados das entrevistas exploratórias.

Aspetos alvos da supervisão

Quanto a este item verificamos bastante convergência nos vários contextos e entre todos os enfermeiros orientadores, sendo a supervisão muito centrada nos procedimentos técnicos. Nalguns serviços as colheitas de dados e os restantes registos de enfermagem também foram alvo da supervisão. A atenção à fundamentação das ações realizadas por parte dos EE foi reduzida, assim como a atenção ao plano de trabalho desenvolvido pelos mesmos, tendo sido alvo da atenção de apenas de 1 dos enfermeiros orientadores. Não se verificou atenção à abordagem global dos doentes nem ao tipo de comunicação estabelecida com os mesmos.

No serviço 1 verificamos que no caso do enfermeiro orientador I os conhecimentos foram apenas verificados no que respeitava aos fármacos, e que o enfermeiro orientador L fez alguma supervisão sobre a utilização de EPI que, praticamente, não foi alvo de supervisão em nenhum dos outros turnos observados quer neste quer noutros serviços. Este orientador referiu que, a supervisionar dentro do horário de trabalho, se tornava difícil realizar um acompanhamento integral dos EE.

No serviço 2 verificamos que o enfermeiro orientador C, que se encontrava numa orientação pontual, prestou muita atenção a pormenores técnicos dos procedimentos realizados pelos EE e à respetiva fundamentação.

No serviço 3 observamos que o enfermeiro orientador D também prestou atenção ao plano de trabalho elaborado por cada EE, em termos do estabelecimento de prioridades. No entanto, como já foi referido anteriormente, a pasta dos registos dos EE (planos de cuidados, notas e evolução e outros) encontrava-se praticamente vazia.

No serviço 4 verificamos que, para além dos procedimentos, a supervisão também incidiu sobre os registos de enfermagem. Num dos turnos verificou-se que os EE comunicaram muito pouco com os doentes, sendo que este aspeto não foi alvo de supervisão.

No serviço 5 verificamos que a supervisão, para além dos procedimentos, também incidiu sobre o controle de prescrições e transcrições de medicação.

** Ficou claro que a supervisão incidiu maioritariamente sobre os procedimentos. Constatamos que existiram aspetos que não foram alvo de supervisão, como a comunicação e outros itens no âmbito das atitudes, a fundamentação das ações realizadas, o plano de trabalho desenvolvido por cada EE e, sobretudo, a forma como os EE implementavam os planos de cuidados, sendo que os objetivos destes EC exigiam também o desenvolvimento de competências a este nível. Desta forma, não se verificou uma supervisão integral dos EE, mas antes polarização nas tarefas a realizar durante o turno e, portanto, veiculando um modelo diferente do exposto.*

Dificuldades específicas na orientação

Neste item podemos distinguir entre dificuldades observadas e dificuldades relatadas pelos próprios.

Em termos das dificuldades observadas constatamos a sua existência em termos das estratégias de orientação utilizadas, no sentido em que, na maior parte dos casos, não se possibilitava aos EE a oportunidade de organizarem o seu plano de trabalho de forma mais autónoma e a abordarem os doentes segundo uma perspetiva holística e não em função de uma perspetiva muito centrada nos procedimentos e “rotinas” do serviço. Na maior parte dos casos, verificamos que não se proporcionava aos EE a oportunidade de pensarem, de decidirem e de se questionarem sobre as decisões tomadas ou a tomar e que os EE não eram estimulados a refletirem. Com raras exceções, não se observaram estratégias pedagógicas alternativas, nem a existência de uma observação planeada e sistematizada dos EE, mas antes uma supervisão muito centrada nos procedimentos e nas “tarefas” ou “rotinas” e solicitações dos EE em cada turno. Constatamos desconhecimento dos aspetos relacionados com o modelo exposto, mesmo na supervisão dos procedimentos, verificamos diferenças entre o que é ensinado aos EE na escola e as orientações recebidas em EC, por vezes em aspetos básicos, pelo que, nalgumas circunstâncias, os EE acabavam por não serem corrigidos quando isso seria necessário. Verificamos também pouca atenção dos enfermeiros orientadores a aspetos de comunicação e de atitude, como a pontualidade, a apresentação adequada, o ajuntamento dos EE para conversarem entre si na central de enfermagem, conversas entre os EE junto dos doentes, entre vários outros aspetos, que não foram corrigidos, pelo que pensamos que a orientação relativa aos aspetos de comunicação e de atitude constituíam também uma dificuldade. Nalguns turnos, verificamos pouco tempo disponível para a orientação, sobretudo, quando o enfermeiro orientador se encontrava a exercer em simultâneo com a supervisão as funções de responsável de turno ou de

coordenação no hospital (sobretudo nos serviços 1 e 2), no facto de estar no seu horário de trabalho e sentir a obrigação de dar, prioritariamente, o seu contributo para a dinâmica do serviço.

Quanto às dificuldades relatadas verificamos que se centraram na orientação dos planos de cuidados e na utilização da linguagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), justificadas pelos enfermeiros orientadores com a falta de experiência nesse âmbito. Os enfermeiros orientadores D e E (serviço 3) e H (serviço 5) consideraram que quando tinham dificuldades neste aspeto recorriam ao professor, no qual encontravam apoio e orientação. Num dos serviços, um dos enfermeiros orientadores também considerou o rácio 8 EE como um rácio elevado e uma dificuldade para a orientação.

No serviço 1 verificamos por parte do enfermeiro orientador I alguns momentos de questionamento bastante rígidos, nos quais os EE não estavam relaxados, a atenção concentrada nos aspetos técnicos e muito pouco nos aspetos relacionais, também, pouca organização do tempo, no sentido que não dava continuidade às observações iniciadas. No que respeita às dificuldades verbalizadas, este orientador referiu-se ao facto dos EE possuírem poucos conhecimentos na elaboração de planos de cuidados, na realização de algumas técnicas, nos conhecimentos farmacológicos e nas competências relacionais. O enfermeiro orientador J referiu-se a, inicialmente, não ter conhecimento dos conteúdos lecionados e, por vezes, ter dificuldade em adaptar às circunstâncias dos serviços o cumprimento dos cronogramas de atividades previstos para o EC. O enfermeiro orientador L referiu-se à pouca disponibilidade para a supervisão, sobretudo no início do EC, quando tinha de exercer em simultâneo as funções de enfermeiro.

No serviço 2, o enfermeiro orientador A considerou que, apesar da orientação dos planos de cuidados ser uma dificuldade, também olhava este aspeto como uma oportunidade para atualização.

No serviço 3 o enfermeiro orientador D referiu-se também à orientação dos EE nos planos de cuidados, que os poderia orientar de uma maneira, mas que a seguir o professor poderia orientar de outra. Neste serviço o enfermeiro orientador E considerou que, para além dos planos de cuidados, tinha dificuldades quanto à forma de lidar com os diversos tipos de personalidade dos EE *“por vezes mais fáceis, ou outras vezes mais difíceis”*.

No serviço 4 o enfermeiro orientador G verbalizou outro tipo de dificuldades como a autonomia na tomada de algumas decisões relativas aos EE, exemplo – quando

o EE se apresentava doente para realizar o turno de EC, quando se apresentava indevidamente fardado ou quando chegava atrasado e, também, dificuldades relacionadas com a preparação prévia dos EE referindo que “*chegam mal preparados*”, não só quanto aos planos de cuidados, como nos cuidados de higiene e nos conhecimentos farmacológicos. Por outro lado, considerou como dificuldade a sua falta de autonomia como enfermeiro orientador em relação a interferências do enfermeiro chefe na supervisão e o facto de alguns médicos colocarem restrições aos procedimentos realizados pelos EE. Também referiu que, com a orientação em horário de trabalho, o tempo tinha ficado reduzido para a discussão com os EE, a qual era realizada só nas OT, pelo que via tal facto como uma dificuldade.

** Os resultados encontrados, também neste item, vão de encontro ao referido anteriormente, uma vez que as dificuldades observadas residiram, essencialmente, ao nível das estratégias pedagógicas utilizadas, nos aspetos alvo de orientação e no conhecimento acerca dos conteúdos lecionados e, portanto, ao nível da preparação dos enfermeiros orientadores para a função de supervisão. Por outro lado, verificamos que as dificuldades relatadas se centraram muito na orientação dos planos de cuidados e na utilização da linguagem CIPE. Desta forma, pareceu-nos claro que não havia uma coincidência total entre as dificuldades observadas e as referidas pelos enfermeiros orientadores, sendo que nos questionamos se isso ocorria por não estarem conscientes das dificuldades que observamos, ou se não se sentiram à vontade para as verbalizar, encarando o facto de mencionar dificuldades como algo depreciativo e pouco conveniente.*

Por outro lado, verificamos em dois casos (enfermeiros orientadores E e G) alguma coincidência das dificuldades observadas com as referidas, no que respeitava aos aspetos de atitude dos EE e, no caso do enfermeiro orientador G, a supervisão em horário de trabalho que, embora não tenha sido mencionada neste item por outros enfermeiros orientadores, foi abordada em itens anteriores pelos mesmos. Para além disso, o enfermeiro orientador G referiu uma dificuldade que não foi mencionada por mais nenhum outro, nem pelo seu colega de serviço, que foi a interferência do enfermeiro chefe nos aspetos de supervisão dos EE e da sua impotência perante esta circunstância, o que mereceu a nossa atenção. No caso dos enfermeiros orientadores J e L, também verificamos alguma coincidência das dificuldades observadas com as dificuldades relatadas pelos próprios, sobretudo no que se referia ao tempo para supervisão, ao desconhecimento acerca dos conteúdos expostos.

Estes achados evidenciaram, em nosso entender, a necessidade de formação dos enfermeiros orientadores tanto nos aspetos pedagógicos como de aspetos de conteúdos teóricos e de apoio por parte do ICS.

Colaboração/articulação da equipa de enfermagem com o enfermeiro orientador e EE na prestação de cuidados

De uma forma global, verificou-se colaboração em todos os contextos, embora em graus diferentes e de formas diferentes, dependendo do plano de trabalho e número de enfermeiros no turno, do tipo de relacionamento existente entre os elementos da equipa e o enfermeiro orientador, das orientações do enfermeiro chefe e do método de trabalho que, embora em teoria fosse individual, nalguns contextos acabava por se transformar em método por tarefa.

No serviço 1, de uma forma global verificou-se colaboração em todos os turnos observados, sendo que o método de trabalho da equipa traduzia-se, predominantemente, no método por tarefa, verificando-se bastante colaboração entre os enfermeiros entre si e entre estes e os enfermeiros orientadores e os EE. Digamos que o prioritário era assegurar que todos os cuidados fossem prestados aos doentes atempadamente, independentemente, de quem os devesse prestar. A colaboração dos enfermeiros com os enfermeiros orientadores e EE verificou-se, sobretudo, nos momentos de pausa para refeição ou saída do serviço por parte dos mesmos, ou quando os EE tinham dúvidas na prestação de cuidados aos seus doentes e os enfermeiros orientadores não estavam disponíveis para os atenderem. Nos três turnos em que os orientadores estiveram supranumerários, a responsabilidade dos doentes atribuídos aos EE era partilhada entre o enfermeiro orientador e os enfermeiros do serviço.

No serviço 2 verificou-se grande articulação da equipa com os enfermeiros orientadores ao nível da organização do trabalho no turno, sendo que num dos turnos um enfermeiro prestou alguns cuidados aos doentes atribuídos aos EE, enquanto estes estavam em reunião com professor. Noutro turno também se verificou grande articulação pois, para além do enfermeiro orientador, estava apenas mais 1 enfermeiro na mesma ala e outro em horário reduzido, sendo os cuidados aos doentes partilhados entre todos.

No serviço 3 também se verificou uma grande disponibilidade e articulação da equipa com os enfermeiros orientadores na prestação de cuidados, sendo que o plano de distribuição dos doentes pelos mesmos era apenas uma formalidade, porque na prática os enfermeiros orientadores acabavam por ficar apenas com os doentes atribuídos aos

EE, sendo quase um acordo entre os elementos da equipa, verificando-se grande colaboração, equipa disponível para a prestação de cuidados sempre que os enfermeiros orientadores se encontravam mais ocupados. O enfermeiro orientador E referiu que se não fosse assim, não conseguiria realizar as duas funções em simultâneo – “*não temos conflitos, porque se tivéssemos, seria complicado!*”. Também referiu que a equipa se tinha mostrado disponível para ficar com os doentes que lhe eram atribuídos sempre que precisava de assistir a OT do professor, dentro do seu horário de trabalho.

Nos serviços 4 e 5, embora não tivéssemos constatado um grau de colaboração tão elevado como nos dois serviços anteriores, a equipa demonstrou alguma cooperação e articulação com os enfermeiros orientadores, sobretudo, nos intervalos de refeição destes. No serviço 4 o enfermeiro orientador G considerou que a colaboração era mais evidente no modelo de orientação em horário de trabalho do que no modelo anterior. No entanto, o enfermeiro orientador F referiu dificuldades nas trocas de horário com os colegas, quando o motivo era a orientação.

Verificamos, por vezes, que a colaboração ia mais além do desejado, sendo que alguns cuidados eram prestados a doentes atribuídos aos EE, sem que isso fosse necessário. Este facto ocorreu no serviço 2 em dois dos turnos observados: num turno os enfermeiros administraram a medicação a todos os doentes, inclusive aqueles que pertenciam aos EE, sendo que a este propósito, o enfermeiro orientador A referiu que, apesar da sua insistência, os colegas teimavam em fazer isto “*para despachar*”; noutro turno, um elemento da equipa iniciou o mesmo com a administração de terapêutica a doentes distribuídos aos EE. No serviço 3 verificamos que um enfermeiro administrou medicação a doente distribuído a EE, sem dar conhecimento.

** Pelos resultados da observação, concluímos que a colaboração dos enfermeiros dos vários serviços na prestação de cuidados existia e que se processava de forma articulada, em termos gerais. No entanto, nalguns casos, a colaboração parecia não ter em conta as necessidades e os objetivos da aprendizagem dos EE, sendo que estes por vezes eram substituídos pelos enfermeiros o que está de acordo com o referido pelo professor na entrevista exploratória. Consideramos que a necessidade dos enfermeiros em realizarem os procedimentos, mesmo aos doentes atribuídos aos EE, se prendia com a vontade de prestar os cuidados em tempo útil, de não atrasar os cuidados em benefício dos doentes. No entanto, este facto também ocorria pelo recurso ao método de tarefa como forma de organizar a prestação de cuidados e pela pressa em “despachar” as “tarefas”, como é referido por um dos*

enfermeiros orientadores. Embora, a colaboração fosse bem recebida e entendida como necessária, nas situações referidas, nem sempre tinha a aprovação dos enfermeiros orientadores, podendo surgir algum conflito.

Por outro lado, registamos que a colaboração poderia variar de acordo com o serviço, verificando-se que era maior nuns serviços (1, 2 e 3) e menor noutros (4 e 5) dependendo de fatores como o número de doentes, o enfermeiro orientador, a equipa, o enfermeiro chefe e o método de trabalho no serviço, evidenciando-se a este respeito algumas lacunas de informação dentro do HP e entre este e o ICS, no sentido de que a colaboração não deveria estar tão dependente dos fatores mencionados, mas antes obedecer a regras previamente estabelecidas, de forma a diminuir a subjetividade inerente aos elementos de cada serviço. Num dos serviços (4), os enfermeiros orientadores manifestavam até resistência para trocas de horário, quando o motivo era a supervisão, o que evidenciava algum conflito latente dentro da equipa e, também, inadequação da ocorrência, uma vez que o horário compatível para supervisão seria, à partida, um direito de todos os enfermeiros orientadores.

Do exposto, denotou-se a necessidade de um maior envolvimento de toda a equipa, e não só dos enfermeiros orientadores, na dinâmica do EC e das respetivas implicações na prestação dos cuidados aos doentes e de estabelecimento de regras e princípios para a existência de uma adequada articulação equipa/enfermeiro orientador/EE na prestação dos cuidados.

Colaboração/articulação da equipa de enfermagem com o enfermeiro orientador na supervisão dos EE

Neste item verificamos que a colaboração existia, embora em menor grau do que no item anterior mas, à semelhança, variava de acordo com o serviço e, às vezes, dentro do mesmo serviço, variava consoante o enfermeiro orientador em causa. Alguns enfermeiros orientadores (E, G e H) consideraram que nem sempre gostavam que a equipa colaborasse na supervisão dos EE, pois tinham receio que a orientação dos colegas prejudicasse a aprendizagem.

No serviço 1 os enfermeiros orientadores referiram que, regra geral, a colaboração existia. Esta colaboração foi mais necessária e visível nos turnos em que o enfermeiro orientador estava de coordenação ou como responsável de turno. Também, verificamos colaboração na supervisão dos EE nos casos em que o enfermeiro orientador, mesmo estando supranumerário, teve de acompanhar a visita médica, tal

como observamos com o enfermeiro orientador I e constatamos através do relato de uma situação idêntica, referida pelo enfermeiro orientador L.

Nos turnos observados no serviço 2 não se verificou este tipo de colaboração, mas aparentemente, também não foi necessária. Os enfermeiros orientadores referiram que pontualmente necessitavam dessa colaboração, quando estavam ocupados com outros EE e, nesses casos, a colaboração era dada.

No serviço 3 no caso do enfermeiro orientador D verificamos que sempre que era necessário a equipa colaborava, acompanhando e supervisionando o trabalho dos EE, como no caso do enfermeiro que foi supervisionar EE na administração de terapêutica, porque o enfermeiro orientador estava ocupado a supervisionar outro EE na realização de penso. No caso do enfermeiro orientador E este referiu que a ajuda da equipa era esporádica, dependendo da receptividade da equipa e da confiança que tinha nos colegas para desempenharem a função de supervisão, pelo que preferia que não colaborassem pela falta de confiança na possível orientação.

No serviço 4 também foi percebida cooperação e observada boa vontade por parte da equipa em colaborar quando era necessário, não só nos intervalos de refeição do enfermeiro orientador, mas também noutras situações, como num dos turnos em que o enfermeiro perguntou ao orientador se queria que supervisionasse EE na administração de medicação, uma vez que estava com algum atraso. No entanto, o enfermeiro orientador G também referiu não gostar que a equipa colaborasse na supervisão dos EE, porque *“os outros elementos da equipa não estão tão atentos a determinados pormenores”*.

No serviço 5, apesar de em geral termos verificado um bom entrosamento da equipa com o enfermeiro orientador, constatamos que esta colaboração não se verificava de forma total, pois na hora do almoço, num dos turnos observados, outro elemento da equipa recusou-se a ficar com os EE durante a pausa para refeição do enfermeiro orientador. No entanto, enfermeiro orientador H referiu que, se precisasse, tinha colaboração, mas preferia não solicitar para não prejudicar a orientação dos EE.

** Também na supervisão foi observada alguma colaboração por parte das equipas dos serviços, embora em menor grau do que na prestação de cuidados. Consideramos que tal tenha acontecido por várias razões: pelo facto deste tipo de colaboração ter sido menos necessária, pelo facto de os enfermeiros das equipas considerarem não ser essa a sua função primordial, por considerarem que essa função seria só dos enfermeiros orientadores, uma vez que tinham sido seleccionados e estavam*

a ser pagos para desempenharem essa função, também por alguns dos enfermeiros orientadores se mostrarem pouco receptivos a esse tipo de colaboração, por considerarem que poderia prejudicar a aprendizagem dos EE. Num caso constatamos mesmo recusa do enfermeiro na supervisão, enquanto noutros, uma atitude muito natural na lógica de que os cuidados eram necessários aos doentes em causa, os EE necessitavam de aprender, o enfermeiro orientador estava ocupado, por isso era necessário intervir. Nalguns turnos, se não fosse desta forma, seria quase impossível que os EE fossem supervisionados, dadas as funções que eram atribuídas aos enfermeiros orientadores, ficando estes com pouco tempo disponível para a supervisão.

Também neste nível as diferenças constatadas poderão ter estado relacionadas com as características dos serviços, das suas dinâmicas e com as características e tipo de relação dos elementos envolvidos, assim como, das conceções acerca do conteúdo funcional dos enfermeiros e da definição de papéis dos vários intervenientes na formação no âmbito do desenvolvimento do EC nos serviços.

Depreende-se a necessidade de envolvimento das equipas dos serviços na dinâmica da formação e na consciencialização do seu papel na formação dos EE em EC, o qual não deveria variar segundo as preferências, vontade e conceções de cada enfermeiro, mas que teria de ser concertado entre os intervenientes do HP e do ICS.

Interferência do enfermeiro chefe na supervisão/avaliação dos EE

De uma forma geral, durante os períodos de observação não constatamos interferências dos enfermeiros chefes na supervisão. Em dois dos serviços (1 e 4), a interferência a este nível foi apontada pelos enfermeiros orientadores.

No serviço 1, verificamos convergência entre os enfermeiros orientadores J e L que consideraram que o enfermeiro chefe, como tinha uma visão global do serviço, estava mais atento a aspetos de organização do mesmo, que estivessem relacionados com o desempenho dos EE e que passassem despercebidos aos enfermeiros orientadores, como por exemplo, o chefe “*não gosta de ver os EE em grupo no corredor*”(enfermeiro orientador L). Também foi referido que, outras vezes, o enfermeiro chefe emitia parecer sobre o funcionamento global do grupo de EE “*se funciona melhor ou pior*”, ou também “*aconselhava*” quanto ao tipo de doentes a atribuir aos EE, indicando alguns doentes que não deveriam ser atribuídos aos EE - “*muitas vezes os EE ficam com doentes que irão proporcionar experiências novas, contudo, mesmo que muito bem justificado o chefe não quer*” (enfermeiro orientador L). O enfermeiro orientador I referiu-se a outro tipo de interferência, referindo - “*achamos*

melhor os EE só fazerem manhãs, pelas experiências, mas o enfermeiro chefe disse que seriam turnos de manhã e tarde”, o que referiu como negativo, pela obrigatoriedade de os EE fazerem manhãs numa ala e tardes noutra “para rentabilizar o serviço [...]” e “não é benéfico para os EE”, estarem sempre a trocar de ala.

Nos serviços 2 e 5 os enfermeiros orientadores referiram que os enfermeiros chefes não interferiam na orientação, deixando-os à vontade para assumirem as atividades com os EE e constituindo um apoio à orientação.

Também no serviço 3 os enfermeiros orientadores referiram que o enfermeiro chefe não interferia na orientação, mas contribuía sempre que necessário na dinâmica do serviço, e que se mostrava recetivo, colaborativo e com atitude positiva para dispensar os enfermeiros orientadores quando pretendiam assistir às OT do professor em horário de trabalho.

No serviço 4 verificamos alguma discrepância entre as opiniões dos dois enfermeiros orientadores quanto à interferência do enfermeiro chefe. O enfermeiro orientador F referiu que o chefe só interferia quando se verificavam incidentes negativos, que gostava de ter EE no serviço, referindo que era muito solícito com eles e que, quando tinha alguma advertência a fazer, informava o enfermeiro orientador. O enfermeiro orientador G referiu existir grande interferência do enfermeiro chefe na orientação e avaliação dos EE, assim como, na solicitação de trabalhos aos mesmos que, na sua opinião, não se enquadravam nos objetivos do EC em causa.

** Concluímos que, de forma global, existia uma atitude aparentemente positiva dos enfermeiros chefes relativamente à supervisão dos EE em EC, tentando não prejudicar a mesma e procurando criar as condições para a aprendizagem. A este respeito, consideramos também que da parte dos enfermeiros orientadores poderia ter havido algum constrangimento na abordagem deste assunto, na medida em que não pretendiam exporem-se a si ou aos seus superiores hierárquicos, o que talvez tenha estado subjacente no serviço 4 na divergência de opiniões entre os dois enfermeiros orientadores. Neste serviço embora os relatos não tivessem sido convergentes, o referido pelo enfermeiro orientador G veio de encontro ao relatado pelo professor na entrevista exploratória.*

No serviço 1, apesar da constatação de interferências positivas no processo de supervisão dos EE por parte do enfermeiro chefe, relatadas pelos enfermeiros orientadores, tornou-se evidente que em determinadas situações, as exigências do chefe poderiam ir contra o que o ICS preconizava. Mesmo nos outros serviços registaram-se

pequenas diferenças nas intervenções dos enfermeiros chefes, sendo a mais positiva no serviço 3 em que os enfermeiros orientadores, sempre que possível, mesmo dentro do seu horário de trabalho, eram dispensados para participarem nas OT do professor no hospital.

Do exposto, depreende-se as interpretações diferentes que cada enfermeiro chefe tinha acerca do seu papel no desenvolvimento do EC e do seu grau de intervenção no mesmo, não parecendo existir um fio condutor com regras acordadas, de forma a verificar-se alguma homogeneidade nas intervenções dos vários enfermeiros chefes.

Acompanhamento dos EE fora do seu horário de trabalho

A informação relativa a este item só foi possível determinar através do questionamento direto dos enfermeiros orientadores, uma vez que a observação que realizamos ocorreu durante os turnos de trabalho dos mesmos. Pelas respostas obtidas verificamos que, à exceção do serviço 3, o acompanhamento dos EE fora do horário de trabalho era esporádico e era realizado em circunstâncias especiais quando era necessário falar em particular com algum EE, ou quando os enfermeiros orientadores tinham necessidade de analisar os registos e reflexões.

No serviço 2 os enfermeiros orientadores referiram que só esporadicamente faziam acompanhamento dos EE fora do seu horário de trabalho, sendo que o enfermeiro orientador A referiu que às vezes tinha necessidade de levar para casa os registos realizados pelos EE, e o enfermeiro orientador B referiu que o fazia apenas quando precisava de conversar com um EE de forma mais demorada, ou quando os EE lhe enviavam reflexões por correio eletrónico.

Também no serviço 5 o acompanhamento fora do horário de trabalho foi referido como esporádico e apenas relativo às reflexões dos EE.

No serviço 4 só o enfermeiro orientador G referiu ocupar algum tempo com a análise das reflexões e planos de cuidados.

Nos serviços 1 e 3 os enfermeiros orientadores referiram ter necessidade de realizar algum acompanhamento dos EE fora do seu horário de trabalho, para verificar notas de evolução, planos de cuidados, reflexões, para discussão de alguns aspetos quando o serviço estava cheio e não tinha sido possível fazê-lo durante o turno, outras vezes, quando necessitavam de conversar com algum EE de forma mais aprofundada, considerando o enfermeiro orientador E que seria inviável acompanhar todos estes aspetos dentro do seu horário de trabalho. Os enfermeiros orientadores do serviço 1

também referiram ter necessidade de realizarem algumas OT fora do seu horário de trabalho.

** Os resultados relacionados com este item conjugados com resultados analisados anteriormente noutros itens suportam a ideia de que não tendo os enfermeiros orientadores aparentemente tempo para o acompanhamento dos EE de uma forma mais plena dentro do seu horário de trabalho, seria forçoso que o fizessem para além dele o que, como constatamos, nalguns casos não se verificava ou acontecia de forma mais esporádica.*

Verificamos que 6 dos enfermeiros orientadores, sempre que podiam e que consideravam necessário, levavam para casa os registos realizados pelos EE, considerando que a sua função ia para além do contacto com os EE durante o seu turno de trabalho. Verificamos que desses enfermeiros orientadores 2 estavam a realizar pós-graduação em supervisão, dos quais 1 tinha uma especialização em enfermagem e mestrado em enfermagem, e 5 desses enfermeiros orientadores tinham 4 a 8 anos de experiência neste tipo de EC.

Pelo observado, pensamos que o comportamento de cada um dos enfermeiros orientadores estava relacionado, por um lado, com a visão que cada enfermeiro orientador tinha acerca da sua função de supervisão e preparação para exercer a mesma, se mais implicado ou menos implicado em aspetos que iam para além das “rotinas” e procedimentos, se mais preparado ou menos preparado para orientar os EE em aspetos, como os planos de cuidados e as reflexões; por outro lado, também com a disponibilidade de tempo de cada enfermeiro orientador, assim como com a motivação para o fazer fora do seu horário de trabalho.

Estes achados apresentam alguma convergência com o mencionado pelo professor na entrevista exploratória, quanto às dificuldades de acompanhamento integral dos EE e de disponibilidade para acompanhar os EE fora do seu horário de trabalho.

Opinião do enfermeiro orientador acerca da realização das OT e da participação nas OT do professor

Abordaremos este item, não em função de cada serviço, mas em função do tipo de EC, dadas as diferenças já mencionadas na organização dos mesmos e porque, desta forma, consideramos que preservamos o anonimato dos intervenientes. No caso do EC A, os enfermeiros orientadores realizavam cerca de 2/3 das OT, não estando

contemplada a sua participação nas OT do professor. No EC B realizavam 1/3 das OT e estava contemplada a sua participação nas OT do professor.

Verificamos que no EC A o horário para a realização das OT dependia do facto do enfermeiro orientador estar ou não supranumerário e da articulação com os colegas do serviço, pois caso não estivesse supranumerário e não tivesse nenhum colega que o substituísse, teria de realizar a OT fora do seu horário de trabalho. Quanto à participação nas OT do professor, apenas um dos enfermeiros orientadores considerou que poderiam ter algum interesse, enquanto os outros não viram qualquer utilidade. Um enfermeiro orientador referiu não sentir necessidade de OT mistas, considerando que o professor só deveria participar quando o assunto ultrapassasse o hospital, caso contrário considerou que não fazia sentido estar presente quando o assunto era, exclusivamente, do serviço - *“porque ele nem está cá, quem acompanha os EE somos nós”*. Outro enfermeiro orientador considerou que seria *intimidatório* para os EE, que estes se poderiam sentir-se constrangidos a falar abertamente, pelo que não via qualquer interesse na presença do professor nas OT. Outro enfermeiro orientador referiu já ter participado noutros anos letivos nas OT do professor e considerou útil, pois poderia validar algumas circunstâncias da prática para clarificar situações expostas pelos EE ao professor, pois estes *“muitas vezes descrevem situações não atendendo a aspetos importantes”* e, também, para fazer a ponte e estar atento a aspetos referidos pelo professor.

De uma forma geral, todos os enfermeiros orientadores do EC B consideraram muito importante a sua participação nas OT do professor, pois contribuíam para a sua própria aprendizagem, sobretudo no que respeitava à orientação dos EE nos planos de cuidados. A maioria tinha vontade em participar, mas por questões de horário, apenas tinha conseguido estar presente nas OT realizadas no HP, que foram muito poucas. Um dos enfermeiros orientadores considerou que no modelo anterior tinha mais tempo para realizar e participar nas OT e que neste modelo esse aspeto tinha ficado mais comprometido. A este respeito referiu que foi dispensado uma vez pelo enfermeiro chefe para assistir a OT do professor no hospital dentro do seu horário de trabalho, não tendo assistido às outras por terem sido no ICS. Referiu, também, que no ano letivo anterior (2009-2010) havia ordem expressa da direção de enfermagem para que os enfermeiros chefes dispensassem os enfermeiros orientadores no seu horário de trabalho para assistirem às OT do professor, o que facilitava a sua participação. Um dos enfermeiros orientadores referiu não saber que poderia participar nas OT realizadas no ICS.

** Os resultados revelaram diferenças entre os EC A e B.*

No EC A ficou claro que os enfermeiros orientadores estavam dependentes da sua situação no plano de trabalho do serviço para poderem realizar as OT. Verificamos por parte dos enfermeiros orientadores uma visão oposta à verificada nos do EC B. Constatamos (com exceção de um orientador), que os enfermeiros orientadores do EC A apresentavam uma visão mais redutora e compartimentada da supervisão, sem lugar para a partilha do conhecimento e para a parceria na formação dos EE.

No EC B os resultados revelaram que os enfermeiros orientadores manifestaram o seu agrado e também a pertinência de estarem presentes nas OT do professor pelos contributos que colhiam relativamente à orientação dos EE nos planos de cuidados e de outros aspetos, assim como, a possibilidade de uma maior familiarização com os objetivos do EC. Percebemos que esta possibilidade constituía uma forma privilegiada de promoção da aproximação entre os enfermeiros orientadores e o ICS, de aproximação entre o modelo exposto e o modelo em uso, para além de ser encarada pelos enfermeiros orientadores do EC B também como uma oportunidade de formação e de atualização de conhecimentos. Esta constatação vem de encontro ao referido pelo professor do EC B na entrevista exploratória, em que, no 2º semestre do ano letivo anterior tinha tido uma considerável participação dos enfermeiros orientadores nas suas OT, o que se tinha traduzido numa menor clivagem teoria/prática. Também estão de acordo com o veiculado pela CUEE na entrevista exploratória, quando defendeu a existência de OT conjuntas com professores e enfermeiros orientadores.

Neste aspeto, temos ainda a registar as condições para a participação dos enfermeiros orientadores nas OT do professor que visivelmente seriam mais participadas se fossem realizadas no próprio hospital. Para além disso e ainda relacionado com as condições, temos a registar o facto da participação dos enfermeiros orientadores nas referidas OT, quando em horário de trabalho, estar dependente da carga de trabalho do serviço e da obtenção de dispensa por parte do enfermeiro chefe, aspeto que parecia mais facilitado se existisse uma determinação superior.

Do exposto se conclui mais uma vez que seria necessário acertar também este aspeto dentro do ICS, entre esta instituição e o HP, e dentro do próprio hospital, evidenciando-se a necessidade de promoção de maior comunicação entre as partes envolvidas. Concluímos que não bastava uma ordem superior, pois para além do cumprimento da ordem seria necessária a adesão das equipas dos serviços, no sentido de terem condições para poderem dispensar o enfermeiro orientador quando solicitado.

Motivos da participação ou não na formação de docentes do ICS

Este item apenas foi abordado com os enfermeiros orientadores de um dos EC, tal como mencionamos no início deste subcapítulo.

Os orientadores em causa consideraram importante a participação na formação, mas, apesar de terem participado no ano letivo anterior (2009-2010), referiram não terem participado no ano em curso pela falta de tempo, pela carga de trabalho, pela incompatibilidade de horários e pela falta de apoio do HP. Um dos enfermeiros orientadores referiu que, quando participou, gostou bastante - *“para termos a noção do que os outros vêem e nós não vemos”*; outro referiu ter participado no ano anterior pela temática e pela oportunidade de aprendizagem.

** Os enfermeiros orientadores manifestaram a necessidade da formação, estando conscientes da importância da mesma para exercerem de forma adequada as suas funções de supervisão. O ponto fulcral apontado para a sua não participação pareceu residir na indisponibilidade de tempo e incompatibilidade de horários.*

Opinião do enfermeiro orientador acerca das contrapartidas

De uma forma geral, consideraram as contrapartidas económicas, pouco relevantes ou pouco compensatórias, sobretudo, os que habitualmente realizavam horário rotativo e que, com a supervisão dos EE, tiveram de alterar para horário, predominantemente, de manhãs e tardes e fora dos fins de semana, achando não terem qualquer contrapartida, ou até ficarem prejudicados. Desta forma, foi praticamente unânime a opinião de que não eram os ganhos financeiros que os moviam, mas sim outros tipos de interesse mais pessoais.

Constatamos que num dos serviços os enfermeiros orientadores tinham habitualmente horário fixo, podendo o suplemento de função constituir para estes uma contrapartida económica. No entanto, para estes enfermeiros orientadores a grande contrapartida era o tipo de horário, manhãs e fins de semana livres - *“Pois senão orientasse não teria esse horário”*. Apesar disso, afirmou em tom irónico - *“A contrapartida é não ter descanso...é estar sempre a orientar EE”*.

Nos outros serviços os enfermeiros orientadores consideraram que, financeiramente, não existia contrapartida - *“ Ganho tanto como se estivesse a fazer roulement”*, uma vez que a orientar EE não podiam fazer horário rotativo, considerando os ganhos financeiros pouco relevantes, referindo outro tipo de ganhos, como a atualização e valorização pessoais. Apenas um considerou as contrapartidas económicas justas.

Por outro lado, em relação a alguns dos enfermeiros orientadores, como pertenciam a serviços nos quais a observação foi realizada numa fase posterior, fomos surpreendidos pela informação de que o subsídio de função tinha sido abolido pelo HP, aspeto que era desconhecido por parte do ICS. A nossa conversação incidiu nesses casos acerca das contrapartidas em geral e, como era evidente, na ausência da contrapartida económica.

Embora os enfermeiros orientadores tenham referido que, para além da contrapartida económica existiam outro tipo de contrapartidas, notou-se o seu grande descontentamento e discordância acerca deste aspeto, assim como, das razões apontadas pela direção do HP para a abolição do subsídio de função, que um dos enfermeiros orientadores referiu como terem sido do género - *“já era suficientemente prestigioso ser escolhido pelo hospital para orientar EE”*, ou que não se justificava o subsídio, uma vez que estavam no seu horário de trabalho; um enfermeiro orientador referiu - *“temos uma responsabilidade e uma sobrecarga, deveria existir uma contrapartida económica, embora não seja a única compensação”*, e outro - *“não recebo mais por orientar EE, é este o protocolo!”*. Apesar de considerarem que desempenhavam as suas funções como enfermeiros orientadores, essencialmente, por *“brio profissional”* e *“pelo gosto de estar com os EE”*, referiram que a contrapartida económica funcionava como incentivo.

** Neste aspeto, apesar de ter ficado claro que, na globalidade dos enfermeiros orientadores, as contrapartidas económicas não eram relevantes, registamos diferenças nos casos em que a contrapartida já tinha sido abolida.*

Nos casos em que a contrapartida económica ainda permanecia, não verificamos grandes diferenças entre os enfermeiros orientadores, ficando bem claro que não era esse tipo de contrapartidas que os moviam e que, em geral, não eram consideradas compensatórias, uma vez que a maior parte se via obrigado a realizar horário fixo durante a supervisão, enquanto habitualmente realizava horário rotativo, não obtendo mais ganhos financeiros pelo facto de estar a orientar EE. Um dos enfermeiros orientadores exercia a supervisão pela garantia de horário fixo que pretendia.

Nos casos em que já não existia a referida contrapartida, verificamos o descontentamento dos enfermeiros orientadores, a sensação de injustiça e falta de comunicação interinstitucional, pois a decisão tinha sido tomada unilateralmente, sem conhecimento do ICS, apesar de todos terem afirmado que exerciam supervisão também por outras razões.

Em todas as situações os resultados denunciaram um certo mal-estar da parte dos enfermeiros orientadores no que a este aspeto diz respeito, reagindo a algo acerca do qual não tinham sido ouvidos e que, dadas as circunstâncias de acréscimo de exigência e de responsabilidade pelo facto de estarem a orientar EE, parecia não acarretar a compensação justa em termos remuneratórios. Os relatos de um dos enfermeiros orientadores acerca da conveniência de horário alertaram para os critérios de seleção dos mesmos e da possível subversão do processo. Estas constatações convergem com os relatos dos professores do ICS nas entrevistas exploratórias.

Motivação para a supervisão

Globalmente, notamos convergência quanto às motivações verbalizadas pelos enfermeiros orientadores. O aspeto financeiro não surgiu como motor para a supervisão, não tendo sido mencionado por nenhum, sendo que as principais motivações se centraram no prazer de ensinar e de acompanhar os EE e na oportunidade de serem melhores profissionais, assim como, a “*obrigação*” de como enfermeiros contribuírem para a partilha do conhecimento e para a formação dos futuros colegas.

No seguimento do que referimos no item anterior, dois dos enfermeiros orientadores apontaram como motivação principal para a supervisão o tipo de horário, ou seja, a orientação dos EE era vista como uma forma de manter o horário fixo - “*Disseram-me que se orientasse EE teria mais hipóteses de manter o horário fixo...*”; um deles, apesar de considerar que a mesma lhe proporcionava a oportunidade de atualização contínua, referiu que já não lhe criava grande motivação - “*gosto de orientar EE, é uma forma de me atualizar, mas é muito cansativo...gostaria de ter um período de descanso, pois é muito cansativo orientar e manter as funções que desempenho*”; outro, para além do horário referiu gostar de ajudar e contribuir para o crescimento dos EE, gostar de ensinar e de mostrar aos EE bons exemplos “*não quero defraudar as suas expectativas*” (‘ser modelo’). Nesta linha, os outros enfermeiros orientadores também referiram o gosto de ensinar, de aprender, de estarem atualizados em relação aos conhecimentos e aos “*pormenores*”, de refletirem sobre a sua prática, de melhorarem o seu desempenho, e à importância da partilha do saber, assim como, à responsabilidade dos enfermeiros em realizarem essa partilha “*para que a enfermagem seja melhor*”, com expressões do género: “*oportunidade de crescer como profissional*”, “*impulsiona-nos a sermos melhores profissionais e a termos um melhor desempenho*”, “*participar no seu crescimento como futuros enfermeiros*”, “[...] importante poder

contribuir e deixar a nossa marca, no sentido de valorizar o que é importante na enfermagem [...]”.

** Os resultados obtidos neste item transportaram-nos novamente para a identificação da alavanca que fazia com que estes enfermeiros se disponibilizassem a orientar EE em EC, mesmo quando consideravam que as condições em que o faziam não eram as melhores. Registamos da parte de quase todos os enfermeiros orientadores a existência de fortes motivações para a supervisão de EE em EC, reconhecendo que tinham um papel importante na sua formação, que poderiam até funcionar como modelos para os EE, sentindo também esse facto como uma responsabilidade e uma obrigação, sobretudo na partilha do conhecimento e da experiência. Nem mesmo os enfermeiros orientadores que não esconderam que o tipo de horário era a sua motivação principal, revelando honestidade na transmissão dos dados, deixaram de manifestar o gosto pessoal por acompanharem os EE no seu crescimento profissional e pessoal.*

Por outro lado, os enfermeiros orientadores revelaram também que uma das grandes motivações residia no facto de também eles, através da orientação, se formarem, encararem a supervisão como uma oportunidade de se atualizarem, de refletirem sobre as suas práticas e de melhorarem o seu desempenho.

Os achados não corroboraram completamente os relatos dos professores.

Síntese, Interpretação e Discussão dos Resultados

Para realizar a síntese, interpretação e discussão dos resultados iremos seguir a ordem dos itens de observação, começando pelos relativos à caracterização dos enfermeiros orientadores.

Registamos que 7 (63,6%) exerciam funções de responsáveis de turno durante os períodos de supervisão de EE, sendo que 2 também desempenhavam a função de coordenação no HP. Consideramos esta circunstância negativa pois diminuía a disponibilidade dos enfermeiros orientadores para a orientação dos EE em EC, para além de que tinha sido solicitado anteriormente pelo ICS para que tal facto não acontecesse. A este propósito lembramos os vários estudos nacionais e internacionais que se referiram à sobrecarga dos enfermeiros orientadores nos CPC e na sua menor disponibilidade para a função (Amador, 1991; Edmond, 2001; Dixe, 2007; Rua, 2009; Borges, 2010; Bourgeois et al., 2011).

Constatamos homogeneidade quanto ao tempo de serviço dos enfermeiros orientadores, sendo que todos tinham mais de 10 anos de experiência profissional, assim como, quanto ao tempo de serviço como orientador nos EC em causa, tendo-se identificado que 7 enfermeiros orientadores (63,6%) possuíam 4 ou mais anos de experiência neste tipo de EC. Consideramos que este aspeto tinha influência positiva na sua função de supervisão dos EE. Lembramos o estudo de Martins (2009) em que se focava a experiência dos enfermeiros orientadores na área de trabalho em causa, como fator facilitador do desenvolvimento de competências dos EE. Outros autores referem-se à experiência profissional como um requisito fundamental para a função de supervisão de EE em EC (Benner, 2001; Carvalhal, 2002; CNA, 2004; Garrido et al., 2008). Por outro lado, a maior experiência no tipo de EC em causa, em nosso entender, favorecia o processo de supervisão, pelo maior conhecimento dos objetivos do mesmo e das orientações subjacentes emanadas pelo ICS através dos professores.

A formação académica e a pós-graduada eram reduzidas, em que a maioria dos enfermeiros orientadores 8 (72,7%) possuía só a licenciatura e apenas 2 estavam a frequentar pós-graduação em supervisão clínica. Também a registar a baixa frequência dos enfermeiros orientadores na formação de docentes do ICS, cujos planos de formação dos dois anos letivos em causa contemplavam temas relacionados com a supervisão em EC. Consideramos que estas circunstâncias não favoreciam a preparação para a função de supervisão, sendo consensual e mencionado por inúmeros autores a necessidade de preparação dos enfermeiros orientadores sob o ponto de vista pedagógico (WHO, 2001a; Carvalhal, 2002; CNA, 2004; Fernandes, 2004; Abreu, 2007; NMC, 2008). Pensamos também que a formação académica seria importante por proporcionar aumento dos conhecimentos científicos e ao nível da investigação e lembramos que em vários contextos é um dos requisitos de seleção de enfermeiros orientadores (Silva, 2010).

As diferenças entre os EC A e B na realização de OT por parte dos enfermeiros orientadores e na participação dos mesmos nas OT dos professores revelaram discrepâncias de critérios entre regentes de EC semelhantes e a possível necessidade de maior comunicação ao nível da instituição de ensino. A menor participação dos enfermeiros orientadores do EC B nas OT do professor, em relação ao ano letivo anterior, alegadamente por menos disponibilidade e pelas OT mistas, na sua maioria, terem ocorrido fora do HP, foi um facto que consideramos ter interferência negativa na articulação entre a teoria a prática e na aproximação entre o modelo exposto/modelo em

uso. Vários autores se referem à necessidade de maior aproximação entre as escolas e os CPC, na perspectiva de maior aproximação entre enfermeiros orientadores e professores para discussão das práticas (Franco, 2000; Edmond, 2001; Frias e Barroca, 2002; Longarito, 2002; Simões, 2004; Abreu, 2007, Garrido et al., 2008; Rua, 2009). Lembramos o estudo de Haugan et al., (2011) sobre os benefícios na aproximação escola/CPC das sessões de OT dos EE com presença e reflexão conjunta de professores e enfermeiros.

De seguida passaremos a sintetizar os dados relativos à observação tendo em conta os restantes itens.

No EC B verificamos que o rácio enfermeiro orientador/EE era uniforme, adequado e conforme o acordado com o HP, sendo que a média foi de 3 EE por enfermeiro orientador, com exceção de um dos serviços, no qual em 20% do EC, o rácio foi de 6 EE por orientador, por razões de conveniência do serviço, aspeto que evidenciou lacunas de comunicação entre o serviço em causa e o professor. No caso do EC A verificamos uma grande discrepância no rácio referido, representando uma diferença de mais do dobro de EE por enfermeiro orientador. Consideramos que não estão claras as razões da diferença observada em EC da mesma instituição de ensino e em serviços do mesmo hospital, carecendo de alguma análise por parte de ambas as instituições, tal como já tinha sido focado pela CUEE e pelo regente do EC A nas entrevistas exploratórias.

Relativamente ao rácio enfermeiro orientador/doentes também verificamos discrepâncias entre serviços do mesmo EC e entre os dois ensinos clínicos. No EC B a média foi de 8 a 9 doentes por enfermeiro orientador, sendo que em 3 dos serviços os enfermeiros orientadores ficavam praticamente só com os doentes atribuídos aos EE, enquanto num serviço poderiam ficar com mais doentes, para além dos atribuídos aos EE, aspeto que também se verificava no EC A. Tanto num caso como noutro consideramos este facto negativo pois representava uma sobrecarga para os enfermeiros orientadores. No EC A a média foi de 12 doentes por enfermeiro orientador, o que consideramos elevado, tanto mais que o rácio enfermeiro orientador/EE era superior ao do EC B. Em ambos os EC, embora com predominância no EC A, verificamos que nalguns turnos os enfermeiros orientadores ficavam supranumerários, o que consideramos positivo, pois deixava os mesmos mais libertos para a supervisão, embora constituísse mais um fator de desigualdade entre enfermeiros orientadores e serviços. Os rácios variavam de acordo com as conveniências e possibilidades de cada serviço, para

além de parecer não existir uma adequada comunicação entre os enfermeiros chefes dos vários serviços e destes com os professores, confirmando as dificuldades reveladas nos resultados das entrevistas exploratórias. Na nossa perspetiva, estes factos careciam de análise conjunta entre o ICS e o HP, de forma a identificar os rácios mais convenientes e a proceder a maior uniformização entre serviços, sem prejuízo das devidas adaptações em função das especificidades dos objetivos de cada um dos EC. Lembramos também aqui o já referido anteriormente acerca dos resultados de outros estudos quanto à sobrecarga dos enfermeiros orientadores. Também em vários autores consultados são várias as referências à necessidade de se clarificarem todos os itens dos protocolos interinstitucionais no âmbito dos EC, para além da sua monitorização regular (Clare et al., 2003; QAA, 2007; Garrido et al., 2008; HWA, 2010).

Verificamos convergência e uniformidade entre os serviços e entre os enfermeiros orientadores quanto aos critérios de seleção dos doentes e quanto ao rácio EE/doentes, o que se revelou adequado face ao estágio de aprendizagem dos EE, verificando-se autonomia e aparente segurança na tomada deste tipo de decisões. No entanto, no EC B, ao contrário do verificado no EC A, constatamos que nem sempre os enfermeiros orientadores tiveram a possibilidade de ficarem com os doentes que consideravam ser os mais adequados para os EE, apesar de este aspeto ter sido focado nas reuniões preparatórias, o que evidenciou lacunas de comunicação entre enfermeiros chefes e professor e que nem sempre os serviços deram prioridade aos aspetos relacionados com a formação dos EE, tal como foi veiculado nos resultados das entrevistas exploratórias convergindo com o referido com a HWA (2010) acerca da existência nos CPC de uma cultura organizacional que não valoriza o processo de ensino/aprendizagem. Por outro lado, no EC A os enfermeiros orientadores concediam alguma autonomia aos EE para escolherem os doentes, o que está de acordo com o referido pelos autores no sentido de envolver e responsabilizar os EE no processo de aprendizagem defendido por Le Boterf (2005) e referido por autores como Carvalhal (2002) e Dias (2005).

A tipologia de doentes atribuídos, no nosso ponto de vista, era pouco diversificada, pelo facto de serem serviços de especialidades médico-cirúrgicas, pela baixa taxa de ocupação observada, e pelo facto dos serviços terem EE doutros EC (ex. 4º ano do CLE do ICS). Estes aspetos poderiam ser analisados e discutidos entre ICS e HP, no sentido de averiguar soluções de melhoria. Lembramos que os CPC deverão ter

condições para assegurarem as oportunidades de aprendizagem adequadas, tal como é referido pela QAA (2007).

As percentagens aproximadas de tempo destinado à orientação variaram entre 50 a 80%, em que as diferenças observadas estiveram relacionadas com o número de EE e de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador, com a colaboração dos outros elementos da equipa, assim como, com o facto de este acumular ou não funções de responsável de turno e/ou coordenação. De uma forma geral, os enfermeiros orientadores não se sentiam completamente libertos para a função de supervisão, pois faziam parte da equipa, tendo necessidade de desempenhar a sua função como enfermeiros, considerando esta função prioritária em relação à supervisão. No entanto, mesmo quando estavam supranumerários, ocupavam uma parte do tempo a ajudar os colegas, o que pensamos estar relacionado com as suas conceções acerca da supervisão, incidindo quase exclusivamente sobre os procedimentos, com a dotação de pessoal de enfermagem, e com a dificuldade mencionada anteriormente em dar prioridade aos assuntos da formação. Relevamos o facto de num dos serviços, os enfermeiros orientadores terem necessidade de fazerem trocas com os colegas para terem horário compatível com a supervisão, quando essa deveria ser uma preocupação do enfermeiro chefe e, noutros dois serviços, os enfermeiros orientadores acumularem funções de coordenação. Estas constatações convergiram com os dados das entrevistas exploratórias e evidenciaram a necessidade de maior análise e discussão sobre este assunto entre ambas as instituições. Também consideramos que a presença mais frequente e efetiva dos professores poderia ser um válido contributo na orientação dos EE e na condução dos enfermeiros orientadores. Lembramos as referências anteriores sobre autores que se pronunciaram acerca da disponibilidade dos enfermeiros orientadores e da cultura organizacional que não prioriza os assuntos da formação (HWA, 2010). Também, a disponibilidade dos enfermeiros orientadores para a função de supervisão, quando inseridos no plano de trabalho do serviço (Silveira, 2009 e Silva et al., 2011). Ainda as determinantes organizacionais referidas por Evans (2000) e Pires (2005) como fundamentais para o desenvolvimento dos profissionais e dos formandos no contexto da aprendizagem experiencial.

No seguimento do item anterior, verificamos que o tempo dos enfermeiros orientadores disponível para a prestação de cuidados e/ou outras atividades do serviço (ex. responsável de turno) não relacionadas com a supervisão dos EE, variou entre os 20 e os 50%, estando relacionado com os fatores mencionados no item anterior, dos quais

salientamos o nível de cuidados prestados pelos EE, o rácio enfermeiro orientador/doentes e respetiva correspondência com o número de doentes atribuídos aos EE. Embora tenhamos concluído que existia tempo para a prestação de cuidados, como já referimos, seria necessário chegar a um acordo interinstitucional quanto ao rácio mais adequado enfermeiro orientador/doentes e, também, realizar ações de sensibilização e esclarecimento dos enfermeiros dos serviços quanto ao tipo de colaboração mais adequada. Consideramos a questão dos rácios extremamente importante, não só pelos reflexos na supervisão, mas sobretudo pelos reflexos que pode ter na prestação de cuidados, sendo que vários autores se referem às condições dos CPC e aos constrangimentos respetivos, como a grande possibilidade de ocorrência de erro (d’Espiney, 1997; Benner et al., 2010; HWA, 2011). Por outro lado, noutros estudos foi relatada a pouca receptividade e colaboração dos elementos das equipas como uma das dificuldades dos enfermeiros orientadores na sua função de supervisão (Garrido et al., 2008).

Foram observadas várias discrepâncias teoria/prática, transversais aos diversos serviços, sendo que a ênfase era colocada no modelo em uso, o qual estava mais centrado nas rotinas e procedimentos, verificando-se várias diferenças entre o ensinado e o praticado, com pouco questionamento e/ou comentários em relação ao trabalho realizado pelos EE, preferindo os enfermeiros orientadores mais dizer aos EE como deviam fazer e não tanto estimulá-los à reflexão e à autonomia nas decisões. As discrepâncias observadas ocorreram em relação aos procedimentos técnicos e aos aspetos da comunicação e de atitude. Os dados revelaram aparente desconhecimento por parte dos enfermeiros orientadores dos conteúdos lecionados e da filosofia da escola. Neste sentido, inúmeros autores referem estas discrepâncias e as lacunas de comunicação entre as instituições de ensino e os CPC, como fatores dificultadores do desenvolvimento de competências dos EE em EC (VanVelze, 1991; Amaral, 1995; Carvalhal, 2002; Mestrinho, 2002; Fernandes, 2004; Andrade, 2005; Dixe, 2007; Borges, 2010; Macedo, 2010). Os resultados também revelaram a necessidade de maior aproximação entre a escola e o CPC, entre os professores e os enfermeiros orientadores e enfermeiros dos serviços e a necessidade da presença do professor no CPC, pois funcionaria como ponte interinstitucional como é referido por Longarito (2002), Carvalho (2005), Benner et al. (2010) e Macedo (2010).

No seguimento do referido anteriormente, verificamos predominância do modelo biomédico como base das conceções e da atuação dos enfermeiros orientadores, tendo a

sua atenção centrada mais nas intervenções interdependentes, decorrentes das prescrições médicas e a organização da assistência em função dessa premissa. Por vezes, dado o volume de trabalho em cada turno em relação à dotação de pessoal, a equipa e, por consequência, os enfermeiros orientadores, organizavam-se segundo o método de tarefa, o que se refletia na forma como os EE se organizavam, com elevada concentração nos procedimentos técnicos a realizar e não tanto na abordagem mais global do doente como é preconizada pela escola. A este respeito, lembramos o referido por vários autores relativamente à importância da qualidade dos CPC e da formação dos enfermeiros orientadores e enfermeiros dos serviços que recebem EE, uma vez que funcionam como modelos para estes (Carvalho, 2005; Dixe, 2007; Santos, 2009a; Cunha et al., 2010; Macedo, 2010).

Constatamos semelhança e pouca variedade das estratégias pedagógicas utilizadas pelos enfermeiros orientadores que consistiram essencialmente na observação, na observação participante, na demonstração, e nos esclarecimentos/explicações. A estimulação da reflexão, o questionamento, as advertências ou correções dos EE e a observação sistematizada foram menos frequentes. Os alvos de supervisão foram, essencialmente, os procedimentos técnicos, com menor atenção à fundamentação das ações realizadas, ao plano de trabalho desenvolvido pelos EE e ao tipo de comunicação estabelecida pelos mesmos. As poucas exceções nestas constatações verificaram-se nos enfermeiros orientadores que estavam a frequentar pós-graduação em supervisão ou que tinham maior formação académica. Os dados evidenciaram alguma falta de preparação para a função de supervisão e corroboraram os dados das entrevistas exploratórias da CUEE e professores quanto à necessidade da formação e seleção dos enfermeiros orientadores, aspetos que foram constatados noutros estudos e referidos por vários autores (WHO, 2001a; Carvalhal, 2002; CNA, 2004; Fernandes, 2004; Abreu, 2007; Garrido et al., 2008; NMC, 2008; HWA, 2010). Por outro lado, também a importância relatada por tantos autores quanto à diversificação das estratégias pedagógicas, sobretudo a promoção da reflexão nos formandos em geral (Schön, 1983/1989; Boud et al., 1985/2011) e, especificamente, nos EE em EC (Pires et al., 2004; McBrien, 2006; Martins et al., 2009; Santos, 2009a; Benner et al, 2010). Não podemos ainda esquecer que os EE dos EC em causa, para além das competências de âmbito técnico (saber fazer) tinham de ser estimulados a desenvolverem competências a outros níveis, como no âmbito do saber ser, como as competências relacionais, emocionais, ético-morais comportamentais, relevadas a nível

geral por autores como Le Boterf (2005) e Goleman (2001), e destacadas ao nível do EC por autores como Dias (2005) e Mendonça (2009).

Verificamos existência de colaboração da equipa de enfermagem com o enfermeiro orientador e EE na prestação dos cuidados aos doentes em todos os contextos observados, o que consideramos positivo. No entanto, a colaboração verificou-se em graus e formas diferentes, dependendo do plano de trabalho e número de enfermeiros no turno, do tipo de relacionamento existente entre os elementos da equipa e o enfermeiro orientador, das orientações do enfermeiro chefe e do método de trabalho. Nalguns casos, a colaboração não teve em conta as necessidades de aprendizagem dos EE, sendo que estes por vezes foram substituídos pelos enfermeiros. Notou-se a necessidade de estabelecimento de regras e princípios para a existência de uma adequada articulação equipa/enfermeiro orientador/EE na prestação dos cuidados, no sentido da clarificação dos papéis de todos, como é referido por vários autores (Clare et al., 2003; HWA, 2011).

Constatamos alguma colaboração da equipa na supervisão dos EE, embora em menor grau do que no item anterior. Alguns enfermeiros orientadores consideraram que nem sempre gostavam que a equipa colaborasse na supervisão, pois tinham receio que a orientação dos colegas prejudicasse a aprendizagem dos EE. Depreendeu-se a necessidade de envolvimento das equipas dos serviços na dinâmica da formação e na consciencialização do seu papel na formação dos EE em EC, o qual deveria ser concertado entre os intervenientes do hospital e da escola, com reuniões em cada serviço com elementos da escola e com uma presença mais frequente do professor em cada local.

Verificamos interpretações diferentes de cada enfermeiro chefe acerca do seu papel no desenvolvimento do EC e do seu grau de intervenção no mesmo, evidenciando-se lacunas de comunicação dentro do hospital e interinstitucional.

Constatamos uniformidade entre os enfermeiros orientadores quanto à necessidade e importância das OT. Como já referimos, registamos diferenças entre os dois EC neste item. No caso dos enfermeiros orientadores do EC A, observamos boa vontade em arranjar tempo, mesmo fora do seu horário de trabalho, para realizarem as OT, pelo facto de estarem inseridos no plano de trabalho, o que teria de ser analisado dada a inexistência das contrapartidas económicas. No caso de dois dos enfermeiros orientadores deste EC consideramos negativo a sua oposição às OT mistas (professor e enfermeiros orientadores), revelando uma visão redutora e, aparentemente,

compartimentada da supervisão, sem lugar para a parceria na formação. Um dos enfermeiros orientadores do EC A, o que tinha mais experiência neste EC e possuía formação pós-graduada, manifestou acordo quanto à existência de OT mistas. Neste sentido, registamos relativa aproximação escola/CPC evidenciada por alguma participação dos enfermeiros orientadores do EC B nas sessões de formação do ICS e nas sessões de OT do professor, quando estas eram realizadas no hospital. Os orientadores em causa manifestaram o seu agrado e também a pertinência de estarem presentes nas OT do professor pelos contributos que colhiam relativamente à orientação dos EE nos planos de cuidados e pela possibilidade de uma maior familiarização com os objetivos do EC. No entanto, a participação dos enfermeiros orientadores do EC B nas referidas OT do professor, quando em horário de trabalho, estava dependente da carga de trabalho do serviço e da obtenção de dispensa por parte do enfermeiro chefe, aspeto que parecia mais facilitado se existisse uma determinação superior para que tal acontecesse. Seria necessário acertar este aspeto entre as instituições e dentro do HP, sendo desejável que os serviços tivessem condições para poderem dispensar o enfermeiro orientador quando solicitado.

No que respeita às contrapartidas económicas, verificamos mal-estar e descontentamento da parte dos enfermeiros orientadores do EC B, considerando-as pouco ou nada compensatórias, e aparente desagrado por não terem sido ouvidos acerca deste assunto. Dadas as circunstâncias de acréscimo de exigência e de responsabilidade pelo facto de estarem a orientar EE no seu horário de trabalho, as contrapartidas económicas pareciam não constituir a compensação justa em termos remuneratórios, o que confirmou os relatos dos professores nas entrevistas exploratórias. No decurso do período de observação este aspeto, quanto a nós, agravou-se pela abolição das referidas contrapartidas pelo HP, sem conhecimento do ICS, o que revelou lacunas de comunicação interinstitucional. Por outro lado, o relato de um dos enfermeiros orientadores alertou para os critérios de seleção dos mesmos e para o facto de o processo poder estar subvertido, ou seja desenvolvido em função de preferências do enfermeiro orientador (ex. ter horário fixo), quando os critérios não estão bem definidos e a participação do ICS nesta seleção possa não ter tido o alcance desejado, o que também corrobora os relatos dos professores nas entrevistas exploratórias. Pensamos que os aspetos relacionados com as contrapartidas são extremamente importantes e que deveriam ser analisados pelas duas instituições com a inclusão dos enfermeiros orientadores, pelo facto de poderem condicionar o desempenho dos mesmos, sobretudo,

para realizarem atividades com os EE fora do seu horário de trabalho e, também, dada a sobrecarga de trabalho pelo facto de estarem a orientar EE. A este propósito, verificamos que autores como Neves (2002), Clare et al., (2003) e Magalhães (2006) propõem que as contrapartidas estejam bem definidas nos protocolos interinstitucionais e Garrido et al., (2008) referem-se a “*incentivos para os enfermeiros orientadores*” que podem não ser só de ordem económica.

Quanto às motivações para a supervisão, verificamos uma grande convergência, constatando-se que o aspeto financeiro não surgiu como o principal motor para a supervisão, sendo que as principais motivações se centraram no prazer de ensinar e de acompanhar os EE e na oportunidade de formação recíproca, de atualização e de reflexão sobre a sua prática, de serem melhores profissionais, assim como, na “*obrigação*” de como enfermeiros, contribuírem para a partilha do conhecimento e para a formação dos futuros colegas, o que consideramos muito positivo, dadas as dificuldades com que se deparavam. Le Boterf (2005) refere-se ao “*querer agir*”, ou motivação para agir, como muito importante no desenvolvimento de competências em qualquer área.

3.2 Perspetiva dos Enfermeiros Chefes

No sentido de obter dados relativos à visão dos enfermeiros chefes do HP quanto à presença de EE dos EC A e B nos respetivos serviços, assim como dados relativos às suas perceções em relação ao desenvolvimento destes EC, foram realizadas na segunda quinzena de Julho de 2011 entrevistas semiestruturadas a 6 enfermeiros que tinham chefiado no ano letivo 2010-2011 os serviços que receberam EE dos referidos EC, tendo por base o guião elaborado que consta no Anexo VII. Dois dos enfermeiros chefes, na altura em que as entrevistas ocorreram e devido a alterações ocorridas nas chefias dos serviços do hospital durante o ano letivo 2010-2011, já não estavam a chefiar nenhum dos serviços.

Depois da obtenção da autorização para a realização das entrevistas da parte do conselho de administração do HP, os enfermeiros chefes selecionados foram contactados individualmente para agendamento das respetivas entrevistas, tendo sido informados dos objetivos da entrevista e restantes detalhes, sendo que todos assinaram o formulário de consentimento (Anexo VIII) e aceitaram que a entrevista fosse áudio-gravada. No sentido de preservar o anonimato dos enfermeiros chefes, foi atribuída uma

designação fictícia a cada um, assim como foram mantidas as designações fictícias dos serviços, sendo que todos os enfermeiros chefes serão referidos no sexo masculino. Apresentamos a seguir em quadro com a caracterização dos enfermeiros chefes entrevistados.

Quadro Número 2 – Caracterização dos Enfermeiros Chefes

Itens de Caracterização		Número enfermeiros chefes	Observações	Totais enfermeiros chefes
Idade	[40-45]	2		6
	[46-50]	1		
	[51-55]	2		
	[61-65]	1		
Sexo	Masculino	1		6
	Feminino	5		
Tempo de serviço	[15-20]	1		6
	[21-25]	1		
	[26-30]	1		
	[31-35]	2		
	[36-40]	1		
Tempo de serviço como enfermeiro chefe	[10-15]	2		6
	[16-20]	2		
	[21-25]	2		
Grau acadêmico	Licenciatura	5	Medicina de Catástrofe	6
	Mestrado	1		
Especialidade em Enfermagem	Com Especialidade	3	Enfermagem Médico-Cirúrgica, Comunitária e de Reabilitação	6
	Sem especialidade	3		
Pós-graduações	Gestão Serviços Saúde	4		6
	Feridas	1		
	Administração Educação	1		
Experiência docência	Com experiência	3	Com 2 anos – 2 Com 10 anos – 1	6
	Sem experiência	3		

Através da análise do quadro anterior verificamos: (i) 3 enfermeiros chefes tinham idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos e 3 tinham idades entre os 51 e

os 65 anos; (ii) a maioria era do sexo feminino; (iii) todos os enfermeiros chefes tinham mais de 15 anos de serviço e todos tinham mais de 10 anos no cargo de enfermeiro chefe; (iv) a maioria detinha o grau licenciado e apenas 1 enfermeiro chefe tinha o grau de mestre; (v) 3 enfermeiros chefes possuíam uma especialidade em enfermagem e todos os enfermeiros chefes tinham uma pós-graduação, sendo que no caso de 4 a pós-graduação era no âmbito da gestão dos serviços de saúde; e (vi) 3 dos enfermeiros possuíam experiência na docência, sendo que 1 enfermeiro tinha 10 anos de experiência a esse nível, sendo também o que detinha o grau acadêmico mais elevado. Os dados revelam que os enfermeiros chefes em causa tinham bastante experiência profissional e, mais especificamente, no âmbito da gestão de serviços de enfermagem e que, apesar de não terem grau acadêmico elevado, detinham formação pós-graduada, sendo de realçar a experiência na docência de metade dos sujeitos.

De acordo com os objetivos traçados para as entrevistas, as questões colocadas centraram-se em torno das repercussões da presença de EE dos EC A e B nos serviços 1, 2, 3, 4 e 5 e da identificação dos aspetos a melhorar. Nesta perspetiva, as respostas dadas pelos enfermeiros chefes centraram-se em torno de 3 categorias principais: aspetos positivos, aspetos negativos e sugestões de melhoria (Anexo IX). Alguns enfermeiros chefes no decurso da entrevista aproveitaram para se referirem, de forma deliberada ou subentendida a outros aspetos que, embora não se enquadrassem na categorização referida, de alguma forma se relacionavam com esses temas, como a exposição das suas conceções acerca de ensino, supervisão, enfermagem, papel do enfermeiro chefe e responsabilidade dos cuidados, que descriminaremos mais adiante.

A partir dos temas principais identificados, verificamos em cada um deles quais os itens que tinham emergido de uma forma global no conjunto das entrevistas, no sentido de termos alguma perceção do conjunto das respostas obtidas, acerca da convergência ou divergência quanto aos itens referidos pelos diferentes enfermeiros chefes. Ao realizarmos esta segunda abordagem constatamos que em cada tema ou categoria principal os itens identificados correspondiam, globalmente, a aspetos relacionados com 6 subcategorias, embora tivéssemos verificado que nem sempre esta subcategorização fosse linear, no sentido de que alguns itens poderiam relacionar-se com mais do que uma das 6 subcategorias identificadas, a saber: articulação interinstitucional, escola, orientadores, hospital, serviço e cuidados de enfermagem (Anexo IX).

Para uma melhor percepção global dos dados e no sentido de sistematizar as respostas obtidas e a consequente exploração e descrição dos resultados, optamos por construir para cada categoria principal um quadro em que fosse possível a visualização e a distribuição das subcategorias e dos itens identificados. Neste sentido, consideramos que seria pertinente utilizar cada um dos 3 quadros elaborados como estrutura para a exploração dos resultados.

Aspetos positivos do EC referidos pelos enfermeiros chefes

Apresentamos de imediato um quadro com a síntese dos aspetos positivos referidos pelos sujeitos.

Quadro Número 3 – Aspetos Positivos Relacionados com o EC Segundo a Percepção dos Enfermeiros Chefes

Enfermeiro chefe		K	M	N	P	T	Z	Número de chefes que referiram o item
Aspetos Positivos								
Articulação Interinstitucional	Comunicação escola/serviço				X		X	2
Escola	Comportamento dos EE					X		1
Enfermeiro Orientador	Orientador inserido no plano de trabalho					X		1
Serviço	Acreditação do serviço e Modelo de boa prática	X		X				2
	Atualização dos conhecimentos da equipa	X	X	X	X			4
	Reflexão sobre a prática		X	X				2
	Envolvimento da equipa na orientação	X				X	X	3
	Intercâmbio escola/serviço				X			1
Cuidados de Enfermagem	Melhoria da relação enfermeiro/doente					X	X	2
	Melhoria global dos cuidados		X		X	X		3
Total itens por enfermeiro chefe		3	4	3	4	6	3	

Pela análise do Quadro Número 3 verificamos que os aspetos positivos se relacionaram com todas as subcategorias mencionadas, com exceção da subcategoria “hospital”. Constatamos que o maior número de itens referidos como aspetos positivos, estiveram relacionados com a subcategoria serviço, ou seja com aquilo que os

enfermeiros chefes consideraram como consequências positivas, sobretudo para a equipa de enfermagem, decorrentes da presença dos EE em EC. Constatamos que todos os enfermeiros chefes referiram aspetos positivos, embora com algumas diferenças, sendo que o enfermeiro chefe T referiu 6 itens positivos, os enfermeiros chefes M e P referiram 4 itens positivos, enquanto os restantes três enfermeiros apenas mencionaram 3 itens positivos. Passaremos a descrever os resultados segundo a ordem apresentada no quadro.

A – Articulação Interinstitucional

Nesta subcategoria apenas foi mencionado 1 aspeto positivo – a comunicação escola/serviço, que foi apontado pelos enfermeiros chefes P e Z. Assim, o enfermeiro P via positivamente este tipo de relação mais no âmbito da seleção e do desempenho dos enfermeiros orientadores – *“É consensual, a ideia que eu tenho, julgo que há uma boa relação com a própria faculdade, [...] se eu por qualquer motivo dissesse assim por exemplo – ‘Aquela pessoa acho que tem perfil’ - Mas com o tempo se o próprio professor – ‘Olhe enfermeiro P, acho que há qualquer coisa que não está, que não joga...’ - imediatamente procurávamos não deixar passar o tempo [...]. A própria escolha dos tutores, acho que tem sido consensual, não levanta questão”* (Enf. Chefe P). Também o enfermeiro chefe Z se referiu à boa comunicação global com o serviço e com ele próprio, como enfermeiro chefe – *“Da experiência que eu tive no serviço durante estes tempos nunca houve problemas de comunicação quer com o serviço, pois o enfermeiro orientador está todos os dias em contacto com o enfermeiro chefe, quer em termos institucionais da universidade com o hospital, as coisas fluem normalmente em tempo útil não tem havido grandes problemas, nada a alterar neste momento”* (Enf. Chefe Z).

Apesar, das referências destes dois enfermeiros, podemos constatar que, globalmente, este item foi pouco referido como aspeto positivo.

B – Comportamento dos Estudantes

Apenas o enfermeiro chefe T se referiu a este aspeto considerando-o como um item positivo no sentido de que considerava os EE mais disciplinados e obedientes em relação aos EE de outras escolas – *“Como eram várias escolas eu acho que nesta os EE eram mais obedientes [...]. Os da universidade X eram mais desordeiros, senti isso e não me pareceram tão bem orientados”* (Enf. Chefe T).

Esta referência constituiu um apontamento isolado, não tendo sido referido por mais nenhum outro enfermeiro em nenhuma circunstância parecendo, aparentemente, não apresentar relevância.

C – Enfermeiros Orientadores

Apenas 1 dos enfermeiros chefes (T) se referiu a 1 aspeto positivo relacionado com o enfermeiro orientador – “enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho”. Mesmo considerando que os enfermeiros orientadores ficariam com mais trabalho, alegou razões que se prendiam com a necessidade de fidelizar a responsabilidade pelos cuidados aos doentes atribuídos aos EE – *“Eles é que tiveram de se adaptar, [...] tinham mais tempo quando estavam só a orientar e agora tinham o dobro do trabalho, porque tinham de estar a orientar e também a executar, mas não sei se não será mais positivo, porque assim como tinham doentes distribuídos tinham que tratar esses doentes e assim os EE tinham de os acompanhar [...], porque senão os outros enfermeiros, é que tinham de tratar os doentes [...]. Só estar a orientar... eu não achava grande coisa”* (Enf. Chefe T).

Verificamos que este item foi referido apenas por um dos enfermeiros chefes e também o único, como veremos mais adiante, que o relaciona com a responsabilidade dos cuidados aos doentes, o que vem de encontro às razões apontadas pela CUEE.

D - Serviço

Os itens positivos mencionados relacionados com esta subcategoria, apesar de individualizados estão, de maior ou menor forma, inter-relacionados entre si, tendo implicações forçosamente uns nos outros. Assim, foram referidos: (i) atualização dos conhecimentos da equipa de enfermagem que foi referida por maior número de enfermeiros chefes (4); (ii) envolvimento da equipa na orientação, também referido por metade dos enfermeiros chefes (3); (iii) acreditação do serviço e a necessidade do serviço se organizar para ser um modelo de boa prática (2); (iv) reflexão sobre a prática dos enfermeiros do serviço (2); e (v) intercâmbio escola/serviço que foi o item menos referido (1).

Como já foi referido, o item atualização dos conhecimentos da equipa foi o aspeto positivo mais referido globalmente pelos enfermeiros chefes (K, M, N e P), de forma muito vincada e repetidas vezes. Embora cada enfermeiro chefe se referisse a este aspeto de forma muito própria, todos os relatos foram muito ilustradores do impacto positivo para o serviço, decorrente da presença dos EE:

- *“Implica obrigar os profissionais a estarem sempre atualizados”* (Enf. Chefe K);

- *“ [...] Vai ajudar que os profissionais sintam necessidade de se atualizarem também e de saber o que se está a passar ao nível do ensino [...], porque eles ficam a saber o que está a ser dado no momento e depois tentam perceber o que é que evoluiu no decorrer dos anos”* (Enf. Chefe M);

- *“ [...] Os EE permitem ganhar tempo, porque como estão ávidos e estão muito disponíveis, permitem-nos ser parceiros na resolução [...] de alguns défices que nós reconhecemos e que andamos com menos tempo para resolver”* (Enf. Chefe N);

- *“ [...] Os EE criaram uma dinâmica muito benéfica para o serviço em que todos os profissionais estavam muito mais abertos à aquisição de novos saberes até pelo contacto com os professores [...] e até os próprios enfermeiros orientadores corrigiam no fundo os outros colegas de maneira a darem bons exemplos aos EE e isso era muito bom”* (Enf. Chefe P).

Como se pode constatar é um aspeto consensual para a maioria dos enfermeiros chefes que a presença de EE no serviço traz como consequência a atualização dos conhecimentos dos enfermeiros da equipa, quer pelo desempenho dos EE, quer pelo questionamento que os próprios venham a fazer.

O segundo aspeto referido por metade dos enfermeiros chefes (K, T e Z) foi o envolvimento da equipa de enfermagem na orientação. Apesar dessa constatação, os relatos sobre este ponto foram menos extensos e menos vinculados que no ponto anterior, com exceção do enfermeiro chefe Z que fez uma maior abordagem deste item, tendo-o considerado muito benéfico e envolvendo a toda a equipa:

- *“Implica os profissionais procurarem uma linguagem que se adapte ao EE enquanto perceção do que se está a passar”* (Enf. Chefe K);

- *“ [...] (Os enfermeiros) preocupavam-se quando o enfermeiro que estava a orientar (o enfermeiro orientador) tinha de fazer outra coisa, eles também ensinavam, estavam disponíveis para colaborar [...]”* (Enf. Chefe T);

- *“ [...] Apesar de estarem acompanhados por um enfermeiro orientador, acaba por sempre envolver os outros elementos da equipa no acompanhamento dos EE, [...] são normalmente grupos grandes, isso implica que as pessoas façam um esforço e até muitas vezes de atualização para responder a determinadas perguntas que os EE colocam [...]”* (Enf. Chefe Z).

Este item está bastante relacionado com o anterior, a necessária atualização de conhecimentos, e com as razões que podem levar a que aconteça. Embora, nem todos os enfermeiros chefes o tivessem referido, poderemos considerar que de alguma forma a presença de EE implicava quase sempre algum envolvimento dos enfermeiros da equipa na orientação.

Quanto à acreditação do serviço e a necessidade do serviço se organizar para ser um modelo de boa prática, foram itens referidos apenas por 2 dos enfermeiros chefes (K e N), de formas um tanto diferentes, que inicialmente não os tínhamos juntado mas que, posteriormente nos pareceram na sua essência indicar a mesma coisa, ou seja, que a presença de EE implicava que o serviço preenchesse os requisitos necessários para os receber, sendo que o maior deles seria a sua capacidade para formar. Neste sentido, o enfermeiro K referiu-o em termos globais – *[...] considero que é importante a presença dos EE em termos de ‘acreditar o serviço’ [...], quando um serviço está acreditado, está apto a ensinar os próximos, os vindouros, portanto é bom em termos de acreditação para o serviço*” (Enf. Chefe K). Este enfermeiro acabou depois por confirmar a importância do desempenho dos enfermeiros, que podem ser modelos para os EE – *“[...] Copiam facilmente o erro do profissional, não sei se sentem isso, mas eles copiam facilmente as asneiras do pessoal e, portanto, [...] a possibilidade de a gente dizer assim – ‘Meninos vocês quando estiverem cá com EE estes comportamentos não são aceites de forma alguma, mas com EE muito menos!’, quer dizer o próprio grupo serve de regulação durante aqueles períodos em que os EE estão.*” (Enf. Chefe K)

O enfermeiro chefe N foi um pouco mais longe, especificando que o serviço teria de ser modelo de boa prática e que isso trazia grandes responsabilidades para todos os elementos (enfermeiro chefe, enfermeiros orientadores, restantes enfermeiros) – *“[...] É uma responsabilidade porquê? Porque se uma instituição académica confia que nós podemos ser agentes de formação de EE, isto significa que nós somos modelo de boa prática e, como nós sabemos que as equipas são o que são [...], nem todos estão no mesmo patamar de desenvolvimento [...], porque a formação faz-se muito do que eu digo e faço e do que eu sou, porque os outros apropriam-se do meu modelo de estar, de fazer, de decidir, dos conhecimentos que integro*” (Enf. Chefe N).

A este respeito podemos constatar que apenas estes dois enfermeiros referiram este aspeto como importante e positivo, parecendo ter em relação aos restantes uma

noção mais clara desta consequência que será antes também uma necessidade e uma responsabilidade, como referiu o enfermeiro chefe N.

No que respeita ao facto da presença dos EE promover a reflexão sobre a prática dos enfermeiros do serviço, também só 2 enfermeiros chefes o referiram:

- O enfermeiro chefe N a propósito da apresentação dos estudos de caso feita pelos EE, normalmente aberta à equipa de enfermagem quando ocorria no hospital - *“Algo de muito positivo que os EE trazem para o serviço, e tenho pena que os enfermeiros da equipa, apesar de informados com antecedência não estejam presentes, eles trazem mais-valias para a área da reflexão dos cuidados”* (Enf. Chefe N);

- *“[...] Reflexão sobre os procedimentos que praticam e evitar as rotinas [...], com a presença de EE, os enfermeiros [...] acabam por fazer uma nova reflexão e assim ‘entrar novamente nas boas práticas’, porque estão a ser observados, estão a ser questionados, isto é uma parte positiva”* (Enf. Chefe M).

Apesar de apenas 2 chefes o terem referido, este é um item que se relaciona claramente com a atualização dos conhecimentos e com o envolvimento dos enfermeiros na orientação. Também a este nível o enfermeiro chefe N foi mais longe em relação aos outros, ao considerar que a exposição de casos realizada pelos EE seria uma mais-valia para a reflexão sobre a prática, não parecendo haver da parte dos outros sensibilidade ou atenção em relação a este aspeto. Também a salientar que o enfermeiro chefe N era o único que, sempre que era possível, estava presente nas referidas apresentações de casos.

O item intercâmbio escola/serviço foi referido apenas pelo enfermeiro chefe P, mas necessariamente, esteve relacionado com o item “atualização dos conhecimentos” e com a mais-valia que a presença dos EE podia representar até para a melhoria dos cuidados - *“Havendo EE, aí há uma grande vantagem para os profissionais, nós ajudamos os EE, mas os EE também têm muito a dar-nos [...], porque nos obriga de facto a estar atentos e a corrigir muitos erros [...], todos os profissionais estavam muito mais abertos à aquisição de novos saberes até pelo contacto com os professores. Gosto muito desse intercâmbio porque ajuda muito [...]”* (Enf. Chefe P).

Apesar deste item apenas ter sido referido por um dos chefes, a verdade é que ele está relacionado com os itens anteriores, apenas que este relato deixa transparecer muito mais a permuta que se pode verificar entre os profissionais da escola, os professores, e os enfermeiros do serviço, assim como os reflexos dessa permuta na melhoria global dos cuidados.

E – Cuidados de Enfermagem

Os itens positivos mencionados relacionados com esta subcategoria, surgiram naturalmente no seguimento e como consequência dos itens da subcategoria anterior, embora nem todos os enfermeiros chefes os tivessem referido de forma explícita. Verificamos que 4 dos enfermeiros chefes se referiram a itens positivos relativamente aos cuidados de enfermagem (M, P, T e Z). Assim, foram referidos: (i) melhoria global dos cuidados de enfermagem que foi referida pelo maior número de enfermeiros chefes (3); e (ii) melhoria da relação enfermeiro/doente (2). A salientar que o enfermeiro chefe T nesta subcategoria foi o único a mencionar 2 itens.

A melhoria global dos cuidados de enfermagem foi referida pelos enfermeiros M, P e T:

- “[...] Com a presença de EE, os enfermeiros [...] acabam por fazer uma nova reflexão e assim ‘entrar novamente nas boas práticas’, porque estão a ser observados, estão a ser questionados, isto é uma parte positiva.” (Enf. Chefe M);

- “Obriga a que o pessoal esteja muito mais atento a determinados pormenores [...]. O professor vinha cá muitas vezes e conversava com A, B e C e até os próprios colegas que iam à faculdade chegavam e diziam – ‘agora faz-se assim, nós agora aprendemos a fazer assim, é preciso ter esse cuidado’, e até os próprios tutores corrigiam no fundo os outros colegas de maneira a darem bons exemplos aos EE e isso era muito bom [...]” (Enf. Chefe P);

- “[...] Os enfermeiros ficam mais atentos a ensinar e como é que se executa, estão mais perto do doente e acho que ficam mais dentro da evolução da enfermagem do que fazer as rotinas no dia-a-dia.” (Enf. Chefe T).

Embora apenas metade dos enfermeiros chefes tenham referido explicitamente que a presença de EE levava à melhoria dos cuidados, os relatos dos restantes acerca dos benefícios para o serviço subentenderam também algumas implicações positivas neste âmbito.

Quanto ao item melhoria da relação enfermeiro/doente foi referido pelos enfermeiros T e Z:

- “[...] Estão mais perto do doente [...]. A empatia enfermeiro/doente foi uma coisa que eles receberam muito, perceberam que isso algumas vezes poderia ser melhorado por parte de alguns enfermeiros. [...], que o enfermeiro tinha de ouvir mais o doente, estar mais junto do doente” (Enf. Chefe T);

-“Os doentes gostam sempre de ter EE, primeiro porque os EE têm mais disponibilidade para falar com os doentes e para estar junto deles” (Enf. Chefe Z).

Apesar de haver uma concordância de que a presença de EE poderia trazer benefícios na melhoria global dos cuidados, foram poucos os enfermeiros chefes que referiram aspetos mais específicos.

Aspetos negativos do EC referidos pelos enfermeiros chefes

Apresentamos os resultados no quadro que se segue.

Quadro Número 4 – Aspectos Negativos Relativos ao EC Segundo a Perceção dos Enfermeiros Chefes

Enfermeiro chefe		K	M	N	P	T	Z	Número de chefes que referiram o item
Aspectos Negativos								
Articulação Interinstitucional	Défice comunicação escola/serviço	X	X		X			3
	Fosso teoria/prática		X					1
Escola	Presença pouco frequente do professor	X						1
	Número excessivo de EE		X					1
	Comportamento inadequado dos EE					X		1
	Preparação deficiente EE	X						1
Enfermeiro Orientador	Método de seleção de enf. orientadores	X		X				2
	Dificuldade de Seleção de enf. orientadores			X				1
	Défice preparação enf. orientadores		X	X				2
	Enf. orientador inserido no plano de trabalho	X		X	X		X	4
	Inadequação de rácio enf. orientador/EE	X	X		X			3
	Ausência do orientador na OT do professor			X				1
	Insatisfação dos enf. orientadores	X						1
Hospital	Não envolvimento do hospital na formação			X				1
	<i>Status quo</i> do hospital			X				1
Serviço	Alteração da dinâmica do serviço	X	X				X	3
	Alteração do plano de trabalho				X		X	2
	Inadequação das características do serviço		X					1
	Não envolvimento dos enfermeiros na formação		X	X				2
	Défice preparação enfermeiros para orientação		X					1
	Interferência da equipa médica			X	X	X		3
Cuidados de Enfermagem	Possibilidade de incidentes críticos	X			X	X		3
Total itens por enfermeiro chefe		9	9	9	6	3	3	

Pela análise do Quadro Número 4 verificamos que os aspectos negativos se relacionaram com todas as subcategorias mencionadas, para além de que foram em

muito maior número do que os aspetos positivos. Constatamos que o maior número de itens referidos como aspetos negativos esteve relacionado com as subcategorias “enfermeiro orientador” e “serviço”. Constatamos que todos os enfermeiros chefes referiram aspetos negativos, embora com algumas diferenças, sendo que os enfermeiros chefes K, M e N referiram, cada um 9 itens negativos, em cada caso bastante superior aos itens positivos mencionados pelos mesmos; o enfermeiro chefe P referiu 6 itens negativos, o que foi também superior, em relação aos 4 itens positivos que tinha referido; o enfermeiro chefe Z apenas mencionou 3 itens negativos, neste caso um número igual ao número de itens positivos referidos; o enfermeiro chefe T foi o único em que o número de itens negativos (3) foi inferior ao número de itens positivos (6).

Quanto aos itens que obtiveram referências do maior número de enfermeiros chefes, verificamos que foram os seguintes: (i) enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho (4); (ii) inadequação de rácio enfermeiro orientador/EE (3); (iii) défice de comunicação escola/serviço (3); (iv) alteração da dinâmica do serviço (3); (v) interferência da equipa médica (3); e (vi) possibilidade de incidentes críticos (3).

A – Articulação Interinstitucional

Nesta subcategoria os itens que emergiram foram mencionados por 3 dos enfermeiros chefes (K, M e P), sendo que o enfermeiro chefe M referiu-se aos dois itens identificados que foram: (i) défice de comunicação escola/serviço, que foi referido pelos 3 enfermeiros chefes; (ii) e fosso teoria/prática, referido pelo enfermeiro chefe M.

No que respeita ao item défice de comunicação escola/serviço, referido pelos enfermeiros chefes K, M e P, poderemos dizer que o mesmo se traduziu em duas dimensões, sendo que uma delas era a comunicação da escola com o próprio enfermeiro chefe, ou seja, que a escola não os informava de assuntos acerca dos quais consideravam imprescindível estarem por dentro. O enfermeiro chefe K foi o que mais explorou este assunto - *“Parece-me que quer os EE, quer a escola articulam muito pouco com o enfermeiro chefe, quase tudo é tratado com o enfermeiro orientador [...] Quando cheguei cá decorriam vários EC e houve vários grupos que foram chegando e nunca ninguém me procurou para dizer o que lá estavam a fazer, quais eram os objetivos que tinham de cumprir, o que é que a escola vinha supervisionar, [...] é que estava tudo organizado apenas com o enfermeiro orientador e a escola, quase com algum secretismo à volta daquilo [...]”* (Enf. Chefe K).

Nesta linha, também o enfermeiro chefe P relatou algumas dificuldades em perceber exatamente o que se pretendia com determinado EC: *“[...] devido aos*

objetivos do próprio EC que obriga que um enfermeiro, ou dois ou três enfermeiros tenham um X número de EE e que esses mesmos EE só podem estar com aquelas duas pessoas [...], acabo por não saber muito bem, ainda não interiorizei o que se pretende mesmo de facto com esse resultado [...]” (Enf. Chefe P). A acrescentar, que alguns dos enfermeiros chefes tinham mudado de serviço nesse ano letivo.

Para outro enfermeiro chefe (M) o aspeto do défice de comunicação refletia-se noutra dimensão, mais ao nível da informação a dar aos outros enfermeiros da equipa, no sentido de os envolver mais na supervisão dos EE e, também tal como o anterior, de não restringir o contacto dos professores e a informação relativa ao EC apenas aos enfermeiros orientadores: *“Negativo é os enfermeiros não perceberem exatamente os objetivos do EE, [...]. Mesmo ficando só um tutor externo, se calhar teria de haver aí uma formação prévia, então assim não era os EE estão ali porque está ali fulano que está a orientar, mas sim os EE são nossos, são do serviço, é da responsabilidade de todos os enfermeiros”* (Enf. Chefe M). Este enfermeiro chefe concebia a orientação nestes EC à semelhança dos EC no final do CLE, em que cada EE deveria ficar só com um enfermeiro, considerava que isso era o ideal, porque envolveria muito mais enfermeiros da equipa, aumentava a comunicação do professor com toda a equipa, assim como promoveria um maior envolvimento dos EE com o próprio serviço. Dentro de défice de comunicação entre a escola e o serviço, o enfermeiro chefe M acabou ainda por se referir ao fosso teoria/prática - *“[...] continua a haver um fosso muito grande entre escola e prática e depois aquilo que vocês ensinam, aquilo que vocês orientam nem sempre está [...] nos locais de estágio, nem sempre se está a praticar exatamente aquilo. Às vezes o que vocês ensinaram está correto, mas não é possível na prática aplicar. [...]*” (Enf. Chefe M).

B – Escola

No que respeita aos fatores mais diretamente relacionados com a escola pronunciaram-se 3 dos enfermeiros chefes (K, M e T), verificando-se em cada um dos itens identificados apenas a referência de 1 enfermeiro chefe, sendo que o enfermeiro chefe K referiu 2 dos 4 itens, estando um destes relacionado com o professor e os restantes com os EE: (i) presença pouco frequente do professor (1); (ii) número excessivo de EE (1); (iii) comportamento inadequado dos EE (1); (iv) e preparação deficiente dos EE (1).

O item presença pouco frequente do professor foi apenas referido pelo enfermeiro chefe K como falta de presença efetiva no serviço - *“Eles aqui [...] só estão*

conosco, eu não vejo a presença do professor cá, presença mesmo, estar cá, uma coisa é eu passar por cá para saber como estão as coisas, outra coisa é estar cá [...]. Se fosse possível a passagem mais assídua pela área de EC, se fosse possível era sempre melhor [...]” (Enf. Chefe K). Embora este item venha a ser referido mais tarde por outro enfermeiro chefe nas sugestões de melhoria, mais nenhum outro elemento se referiu a este assunto. A este respeito, um dos enfermeiros chefes encarava bem a presença do professor, mas admitiu que outros colegas pudessem não ter a mesma opinião – *“há outros colegas meus na chefia, provavelmente, que não vêm isso com bons olhos, não querem interferência de outros de fora, uma pessoa de fora...”* (Enf. Chefe P).

O número excessivo de EE foi apenas referido pelo enfermeiro chefe M – *“A única coisa que pode implicar, criar um bocadinho de mais confusão para o serviço é se existir um número excessivo de EE para os doentes, que é um caso que comecei a ter”* (Enf. Chefe M).

No que respeita ao comportamento inadequado dos EE constatamos que foi um item referido pelo enfermeiro chefe T que tinha sido o único a apontar características positivas ao comportamento dos EE. Mesmo assim, acabou por mencionar que alguns grupos eram barulhentos e perturbavam o serviço – *“[...] tinha EE mais barulhentos, e eu chamei a atenção que não podiam estar no balcão (central) da enfermagem, que tinham uma sala onde eles podiam estudar, que se reunissem lá e que estivessem atentos àquilo que lhes estavam a ensinar...”* (Enf. Chefe T). Por vezes, tinha necessidade de colocar os EE numa sala própria para diminuir o risco de perturbação – *“Às vezes traz, porque é muita gente lá dentro e eu tinha um diretor que não era fácil e que estava sempre a dizer que era muito barulho e que era muita gente, mas eu tinha uma sala ao fundo e eles podiam ir para lá falar e estudar”* (Enf. Chefe T). Apesar do enfermeiro chefe anteriormente ter considerado os EE disciplinados, deixou transparecer que nem sempre isso se verificava, revelando que teve necessidade de intervir em aspetos de comportamentos menos adequados dos mesmos.

O aspeto negativo mencionado anteriormente acabaria por ser também abordado pelo enfermeiro chefe K a propósito da preparação deficiente dos EE – *“[...] às vezes encontrámos o EE sem noção nenhuma do que vêm fazer ao EC, [...] por exemplo este grupo que esteve aqui era um grupo fraquíssimo [...]. A gente fica depois na dúvida, foi o grupo ‘per si’ que era fraquito, ou há aqui alguma coisa que a escola possa melhorar no sentido de levar o EE para o EC já minimamente preparado para onde vai? Porque*

há coisas que precisavam de ser melhoradas [...] Eles às vezes têm pausas que as transformam como se fosse recreio das aulas” (Enf. Chefe K). Esta constatação vem de encontro ao referido pelo enfermeiro chefe T

C – Enfermeiro Orientador

Esta subcategoria, como já referimos anteriormente, foi daquelas em que foram apontados mais itens e das mais exploradas pelos enfermeiros chefes, o que pareceu transparecer algum mal-estar quanto aos aspetos relacionados com o enfermeiro orientador, sobretudo o facto de estar inserido no plano de trabalho e, também os rácios de EE atribuídos. Sendo assim, os itens mencionados foram: (i) enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, referido por 4 dos enfermeiros chefes (4); (ii) inadequação de rácios enfermeiro orientador/EE, referido por 3 dos enfermeiros chefes (3); (iii) método de seleção de enfermeiros orientadores, referido por 2 dos enfermeiros chefes (2); (iv) défice de preparação dos enfermeiros orientadores, referido por 2 dos enfermeiros chefes (2); (v) dificuldade de seleção de enfermeiros orientadores (1); (vi) ausência dos enfermeiros orientadores nas OT do professor (1); e (vii) insatisfação dos enfermeiros orientadores (1).

No que respeita ao enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, como referimos, foi de todos os aspetos negativos, o referido por maior número de enfermeiros chefes (4 – K, N, P e Z) e um dos mais explorados em termos do tempo que cada um dedicou a abordá-lo durante a entrevista. No entanto, embora todos tivessem concordado que o enfermeiro orientador ficava muito sobrecarregado com menor disponibilidade em termos de tempo, notamos algumas diferenças na abordagem. Assim, para os enfermeiros chefes K e P a circunstância do enfermeiro orientador estar inserido no plano de trabalho acarretava consequências negativas para o serviço e até para a própria assistência aos doentes, como podemos constatar pelos relatos que se seguem:

- *“Pontos menos fortes: a deslocalização da atenção de determinados elementos do serviço, concretamente dos enfermeiros orientadores, porque não estão como excedentários, porque se estivessem seria um ponto forte e aqui não, como eles não estão excedentários obriga a que se deslocalize uma atenção e uma supervisão para um lado, descurando outra parte do serviço”* (Enf. Chefe K);

- *“[...] Imagine que há uma reunião e lhes digo – ‘Sr. enfermeiro tenho que reunir num instante com...’ - tem de pedir ao outro colega – ‘Não te importas de ficar com os meus doentes’ - tem de ter momentos em que tem de reunir-se com o professor,*

[...] há momentos em que têm de parar, reunir os EE, e depois os doentes com quem ficam? Se há muita gente não custa gerir isso, agora sendo poucos enfermeiros isso é complicado [...] não há uma disponibilidade a 100%. [...]” (Enf. Chefe P);

Nesta linha, o enfermeiro chefe Z explicitamente não considerou que os cuidados ficassem prejudicados, mas acabou por deixar subentender algum possível comprometimento - *“em simultâneo não consegue, ou seja, consegue mas retardando as respostas”*, para além de centrar a questão mais na sobrecarga dos enfermeiros orientadores e na menor disponibilidade para a supervisão e outras atividades relacionadas: - *“ [...] Obriga a um esforço acrescido por parte do enfermeiro orientador, especialmente se não tiver muito a colaboração do resto da equipa. [...] Uma coisa é estar a fazer prática sozinho outra coisa é estar a fazer e ensinando, por muita ajuda que os EE deem ao enfermeiro orientador provoca sempre algum stresse e esforço acrescido. [...] É difícil o enfermeiro orientador estar a ausentar-se do serviço para assistir aos estudos de caso ou às orientações tutoriais, porque efetivamente ele conta como elemento do serviço”* (Enf. Chefe Z).

O enfermeiro chefe N foi o único que centrou o problema mais na pouca disponibilidade do enfermeiro orientador para o acompanhamento dos EE de forma adequada, expressando as suas conceções sobre supervisão: - *“[...] O facto de os EE ficarem com o orientador durante seu turno de trabalho, do meu ponto de vista é limitador, não concordo [...]. No EC B a maior parte dos EE que nos chegam aqui estão a ter sua primeira experiência com doente dum hospital [...]. Orientar os EE não é pôr os EE a fazer coisas, é acima de tudo pô-los a pensar para aquele doente [...], não há tanta disponibilidade do enfermeiro orientador para refletir nos cuidados com os EE, porque se lhe é distribuído um grupo de EE, um grupo de doentes para prestar cuidados que ele depois distribui aos EE, ele é responsável por aquilo, ele tem de apresentar no fim do turno de trabalho os resultados do exercício esperado, mais tudo aquilo que é orientação de EE. [...]”*. (Enf. Chefe N).

Este item não foi mencionado pelo enfermeiro chefe T como aspeto negativo, e por isso não está indicado no Quadro Número 4 como tal, no entanto, este enfermeiro chefe deixou transparecer algumas dificuldades, estando o enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, sobretudo quando pretendia assistir às apresentações dos estudos de caso nas OT do professor, quando estas se realizavam no hospital - *“Isso conseguiam, transmitiam-me isso e vinham, tinha de os dispensar para irem e ficavam os colegas a substituí-los. [...] Depois combinamos que fosse a uma hora que não*

viesses interferir muito, ou na hora do almoço ou depois do almoço, tinha de ser [...] num espaço que não prejudicasse o serviço.” (Enf. Chefe T).

Através destes relatos fica bem claro que este aspeto é fulcral e confirma os resultados da observação, necessitando de grande e rápida atenção e de uma abordagem aprofundada por parte da escola e do hospital.

Relacionado com o item anterior aparece a inadequação de rácio enfermeiro orientador /EE que foi referido pelos enfermeiros K, M e P, que se referiram ao item mais na perspetiva das consequências para o serviço, sobretudo nos casos em que o enfermeiro orientador está inserido no plano de trabalho e, dadas as circunstâncias da dotação de enfermeiros:

“[...] Não é razoável virem para um serviço dez ou oito EE, porque esse enfermeiro orientador só vai ficar para esses EE, não vai fazer mais nada provavelmente e, mesmo assim, vai ter espaço para que alguns desses EE estejam em momentos completamente à deriva, o que não é bom, portanto há que encontrar aqui razoabilidade mútua. [...].” (Enf. Chefe K);

- *“Imagine só eu saber que tenho três, quatro, cinco alunos dependentes de mim e que os cinco têm momentos diferentes de atividade, [...] o enfermeiro (enfermeiro orientador) sabe que tem cinco alunos à espera com cinco tarefas diferentes. [...] Há uma diminuição drástica no número de elementos por turno, muitas vezes estão por exemplo dois tutores com os EE, se por qualquer motivo eu tenho de tirar o enfermeiro ou ele tem de sair para algum lado, ficam os EE quase como baratas tontas. [...] Hoje, tendo em conta o reduzido número de elementos por turno, de facto, as próprias escolas vão ter de rever, ou o professor terá de vir mais vezes.” (Enf. Chefe P);*

- *“[...] Eu acho que não se sentiria tanto o número de EE a interferir na dinâmica do serviço, porque em vez de termos 1 enfermeiro e 4 EE, teríamos 1 enfermeiro e 1 EE, e acho que eles também iriam sentir-se mais participativos na dinâmica [...], porque seja com um enfermeiro orientador do serviço seja com o tutor da escola, ele não consegue estar a tempo inteiro com todos e é o momento em que eles mais precisam de apoio e de acompanhamento.” (Enf. Chefe M).*

Através dos relatos verificamos que o rácio foi visto só em função do serviço e numa visão de que quem orienta os EE tem de supervisionar todos os atos dos EE que lhe são atribuídos, para além de assegurar os cuidados aos doentes que lhe foram confiados, parecendo existir uma certa visão de que os restantes elementos da equipa de enfermagem não deverão ter quaisquer responsabilidades nesse âmbito. Também

nenhum dos enfermeiros chefes articulou o rácio enfermeiro orientador/EE com o rácio enfermeiro orientador/doentes e as respetivas implicações.

O item défice de preparação de enfermeiros orientadores foi abordado pelos enfermeiros chefes M e N, embora de formas um tanto diferentes. O enfermeiro M de uma forma mais subtil alegando que os enfermeiros orientadores poderiam não estar preparados para aquilo que designou a *“parte teórica do EC”*, como as reflexões dos EE, ou outros trabalhos idênticos, parecendo possuir uma conceção dicotómica do EC, como se fossem atividades estanques e separadas. Sendo um dos enfermeiros chefes que defendeu um modelo de orientação com rácios enfermeiro orientador/EE pequenos (1/1) e a orientação alargada a toda a equipa, acabou por admitir, no entanto, que para a tal *“parte teórica”* nem todos estavam preparados: - *“Muitas vezes não conseguem colaborar para o bem comum, [...] muitas vezes na parte teórica do EC, no desenvolvimento dos trabalhos, nas reflexões, etc., eles (enfermeiros orientadores) não estão tão preparados, porque eles estão um bocado desfasados desses objetivos [...]”* (Enf. Chefe M).

Quanto ao enfermeiro chefe N explorou este item de forma mais objetiva e aprofundada, deixando transparecer mais uma vez as suas conceções acerca da supervisão e, dentro dessa perspetiva, o seu ceticismo relativamente à preparação dos enfermeiros para orientar EE e a convicção marcada que nem todos teriam perfil para orientar EE. Consideramos que seria relevante transcrever alguns excertos da entrevista:

- *“[...] Nem todos estão no mesmo patamar de desenvolvimento, nem todos têm o mesmo perfil para serem enfermeiros orientadores dos EE em EC, por isso, às vezes me preocupo quando os grupos de EE até são numerosos [...]”* (Enf. Chefe N);

- *“[...] Aquilo que eu mais digo aos enfermeiros orientadores quando os seleciono é – ‘atenção, o que nós estamos a falar aqui não é fazer fotocópias de nós próprios’, que às vezes há esta tendência de que o melhor EE é igual a mim, se é despachado, se me ajuda, é fantástico, o outro que demora mais, questiona mais, quer saber o porquê daquele procedimento, conversa mais com os doentes, interage mais com a família... é uma chatice... nunca mais desenvolve o trabalho [...]”* (Enf. Chefe N);

- *“Já tive uma dificuldade dessas com alguém [...], falei com o professor e disse-lhe que aquele enfermeiro não podia continuar a orientar EE, porque eu achava estranho que a maior parte dos momentos em que encontrava os EE era encostados ao balcão da enfermagem e ele sentado do outro lado a fazer registos e a conversar. [...]”*

(Enf. Chefe N). Este excerto vem de encontro ao já referido anteriormente quanto ao comportamento menos apropriado dos EE apontado pelos enfermeiros chefes K e T, assim como, confirma os dados colhidos através da observação.

Embora diferentes e apenas mencionados por 2 enfermeiros chefes, os relatos deixam transparecer alguma preocupação com este aspeto, também o envolvimento do enfermeiro chefe na seleção de enfermeiros orientadores e na própria orientação, sobretudo do enfermeiro chefe N. Apesar de apenas 2 enfermeiros chefes terem referido este item, das impressões com que ficamos a partir das entrevistas pudemos depreender que os enfermeiros chefes estavam conscientes de que nem todos os enfermeiros estariam preparados para orientar os EE.

Muito relacionado com o item anterior está o método de seleção de enfermeiros orientadores referido pelos enfermeiros chefes K e N, em que através dos seus relatos se pode identificar alguma crítica subjacente à seleção de enfermeiros orientadores, embora nos tenha parecido mais direcionada para o próprio hospital.

No caso do enfermeiro chefe K centrou a abordagem na falta de diálogo com os enfermeiros orientadores, pondo também em causa os critérios de seleção adotados até aquela altura: - “[...] *Há uma coisa que pareceu ter-se verificado neste últimos anos, é que via alguns enfermeiros orientadores profundamente contrariados, a fazer o papel contrariado, o papel que se comprometeu, mas depois afinal não era aquilo que pretendia [...]. Quer dizer muita queixa e a ver outros que até tinham perfil para pegar num EE [...], e esse está relegado para segundo plano [...].*” (Enf. Chefe K). Nesta perspetiva referiu-se à necessidade de se criarem critérios e de existir negociação, deixando subentender alguma insatisfação dos enfermeiros orientadores, sobretudo, pela abolição da compensação remuneratória - “*É por isso que eu acho que critérios, perfil, falar com a pessoa, sim senhor, quer, então avançámos com estes princípios com estes valores e estes propósitos. E depois muito claramente, o que é que quer com isso? Isso tem de ficar perfeitamente definido, porque dá-me a sensação que de repente [...] a meio do campeonato mudou-se as regras e ainda levou a que houvesse mais convulsão...*” (Enf. Chefe K).

O enfermeiro chefe N abordou o item mais sob o ponto de vista do perfil de enfermeiro orientador - “*A eleição do enfermeiro orientador fica ao critério e à escolha do enfermeiro chefe, que nuns é tipo baralho de cartas e noutros é - ‘Olhe, vou pensar, portanto aquele já teve experiência, teve um bom trabalho ...’, são duas posturas*

completamente diferentes. Uma maneira de uniformizarmos isto, definir perfis [...]” (Enf. Chefe N).

O enfermeiro chefe N referiu-se à dificuldade na seleção de enfermeiros orientadores, alegando sentir essa responsabilidade de forma muito intensa, a qual aparece aliada às suas concepções acerca da supervisão de EE em EC – *“Uma das implicações que tem para o serviço é do meu ponto de vista esta preocupação em selecionar dentro da equipa elementos de referência. A instituição não faz isto [...] e depois eu sinto esta dificuldade [...] Presta e serve (o enfermeiro) se tiver muito mais, se tiver caminho feito, formação feita, corresponder a um desenvolvimento em enfermagem [...] que lhe permita ser modelo dos outros [...]”* (Enf. Chefe N).

No seguimento do item anterior e nesta linha de pensamento, o enfermeiro chefe N, manifestou o seu descontentamento pela ausência dos enfermeiros orientadores nas OT do professor, aspeto que considerou essencial – *“Eles sabem que podem ir, todos podem ir, eles ainda não perceberam quanto é importante ir, do meu ponto de vista menos bom mesmo, mas eles sabem porque eu já lhes disse, é o facto de os enfermeiros orientadores do EC não estarem lá [...]. Acho que é mesmo desinteresse [...]”* (Enf. Chefe N). Este assunto não foi abordado por mais nenhum dos sujeitos, a não ser o enfermeiro chefe Z que considerou ser muito difícil os enfermeiros orientadores participarem nas OT do professor, pelo horário das mesmas, sobretudo quando o enfermeiro orientador estava inserido no plano de trabalho e não podia deixar os seus doentes.

D – Hospital

Nesta subcategoria apenas o enfermeiro chefe N foi mais crítico, referindo-se a características do hospital que constituíam uma barreira à parceria na formação dos EE em EC. Por um lado o *“status quo do hospital”* impeditivo da visibilidade do trabalho dos enfermeiros e da mudança – *“ [...] Penso que o grande problema vai remontar ao que eu já disse, a falta de estratégia de desenvolvimento faz com que não seja visível para outros grupos profissionais. O respeito dos outros por aquilo que nós somos, [...] pela qualidade da nossa intervenção [...]. Se eu tenho uma lógica profissional dirigida para o desenvolvimento dos enfermeiros e se de facto isso se verifica, os envolve, [...] percebem que houve mudanças, que houve melhorias, isto também se contagia aos outros [...]. Se isto fosse uma maneira de estar coletiva provavelmente teríamos uma cultura organizacional diferente, tínhamos ganho algum ascendente na instituição”*. (Enf. Chefe N).

No seguimento da perspetiva anterior este enfermeiro chefe vai referindo outras barreiras que acabam por se refletir na orientação dos EE em EC, como o não envolvimento do hospital na formação – “ [...] *Também, não reconheço na instituição, infelizmente, um envolvimento e motivação para a formação e desenvolvimento [...], a instituição não faz isto e, como não faz isto, as equipas também depois acomodam-se [...]*” (Enf. Chefe N). Registamos que nenhum dos outros enfermeiros chefes se referiu a este assunto.

E – Serviço

Nesta subcategoria optamos por incluir os itens relacionados não só com as dificuldades que a presença de EE trazia para o serviço e respetivos elementos da equipa, mas também com os aspetos negativos do próprio serviço que se refletiam no desenvolvimento do EC. Como já foi referido anteriormente, a par com a subcategoria enfermeiro orientador, a subcategoria serviço, foi a abordada pelo maior número de enfermeiros chefes e também de forma mais intensa. Os itens que obtiveram a referência do maior número de enfermeiros chefes foram a alteração da dinâmica do serviço provocada pela presença dos EE e a interferência da equipa médica no EC.

Sendo assim, os itens relacionados com o impacto menos positivo da presença de EE no serviço foram: (i) alteração da dinâmica do serviço, referido por 3 enfermeiros chefes (3); (ii) e alteração do plano de trabalho, referido por 2 enfermeiros (2). No que respeita aos itens relacionados com aspetos negativos do serviço que se refletiam no EC foram: (i) interferência da equipa médica, também referido por 3 enfermeiros (3); (ii) não envolvimento dos enfermeiros na formação, referido por 2 enfermeiros (2); (iii) défice de preparação dos enfermeiros para a orientação (1); e (iv) inadequação das características do serviço (1).

A alteração da dinâmica do serviço foi um dos aspetos mais referidos pelos enfermeiros chefes, apesar dos pontos positivos decorrentes da presença dos EE, tendo sido referido pelos enfermeiros chefes K, M e Z.

No caso do primeiro enfermeiro chefe mencionado, podemos constatar através do seu relato, não só a convicção da alteração acentuada do funcionamento do serviço, mas também a consciência de que o EE está no serviço para desenvolver o seu processo de aprendizagem e que isso pode trazer consequências para a carga de trabalho dos enfermeiros, sobretudo quando o grupo de EE é grande: - “[...] *A organização do serviço, porque vinte EE é vulgar, é aceitável que rapidamente as coisas percam o seu rumo próprio, quer dizer um EE vem deixa na gaveta de cima, o outro vem pega e deixa*

na gaveta de baixo, temos de dar o dobro da atenção ao serviço [...] O EE não vem trabalhar, o EE vem dar trabalho [...]”. (Enf. Chefe K).

No caso do enfermeiro chefe Z também se constata a noção de que a existência de EE vai alterar a programação do serviço, especialmente quando são muitos EE e, sobretudo, no que respeita ao tempo de execução das atividades, uma vez que os EE demoram mais tempo, sem contudo considerar que haja prejuízo para os cuidados aos doentes. Por outro lado, o relato acaba por revelar implícita e explicitamente que o rácio enfermeiro/doentes, para além de não ter em conta a presença de EE, acaba por ser calculado para o número mínimo de enfermeiros necessários, imprimindo um ritmo acelerado ao trabalho dos enfermeiros, que se pode tornar incompatível com o ritmo de aprendizagem dos EE - “[...] Especialmente na fase inicial, altera um bocadinho a dinâmica do funcionamento do serviço, há mais gente dentro do serviço, é um ritmo de trabalho diferente. [...] Onde se reflete mais é nos timings dos cuidados [...], todos os cuidados demoram sempre mais algum tempo para se manter o mesmo nível de qualidade. Este é o aspeto que perturba mais o serviço [...], os rácios são otimizados, são calculados de forma a contar que tudo flua a uma determinada velocidade, [...] estão calculados para X doentes... esse cálculo é feito independentemente de ter EE ou não.” (Enf. Chefe Z). Esta questão também foi abordada de forma mais implícita no relato do enfermeiro M que considerou que menos EE no serviço e um rácio enfermeiro orientador/EE menor não perturbaria tanto a dinâmica - “[...] Eu acho que não se sentiria tanto o número de EE a interferir na dinâmica do serviço, porque em vez de termos 1 enfermeiro e 4 EE, teríamos 1 enfermeiro e 1 EE [...]” (Enf. Chefe M).

A consequente alteração do plano de trabalho apareceu também associada ao item anterior e foi mencionada pelos enfermeiros chefes P e Z. No primeiro caso mencionado, surgiu como um constrangimento para o enfermeiro chefe, no sentido de que para além do planeamento habitual dos enfermeiros, tinha de estar atento à distribuição de doentes dos enfermeiros que estavam a orientar, de forma que ficasse com os doentes que à partida pudessem diversificar as experiências do EE – *“Imagine que eu tenho o serviço dividido em vinte e cinco camas, não posso pôr sempre as mesmas pessoas nas mesmas camas, mas se me dizem - ‘enfermeiro chefe o EE tem de ficar um mês inteiro com o doente da cama vinte, isso complica muito a minha maneira de programar, de fazer o planeamento do serviço, tenho de ter sempre aquela pessoa com aquelas camas...”* (Enf. Chefe P). No relato do enfermeiro chefe Z, embora explicitamente, não tenha sido identificado como um aspeto negativo, nota-se que

assumia a distribuição dos enfermeiros com cuidados acrescidos pelo facto de ter EE no serviço - *“Tinha sempre um cuidado acrescido na distribuição da equipa de enfermagem no plano de trabalho, [...] porque já não podia pôr por exemplo um enfermeiro recém-chegado ao serviço ou recém-licenciado numa ala em que eu soubesse que ele teria de orientar os EE, estando ele ainda numa fase de integração. Era aí o único aspeto que eu tinha que ter algum cuidado acrescido, quer na elaboração dos horários, quer depois na distribuição do plano de trabalho”* (Enf. Chefe Z).

Metade dos enfermeiros chefes referiu-se à interferência da equipa médica como um fator negativo no desenvolvimento do EC, o que foi apontado pelos enfermeiros chefes N, P e T.

A este respeito o enfermeiro chefe N fez uma exploração mais detalhada no seguimento daquilo que já tinha mencionado a propósito do *status quo do hospital* que constituía uma barreira para a formação dos enfermeiros - *“[...] Penso que não deveria ser permitido em relação à formação de enfermeiros, que os diretores clínicos viessem opinar acerca disso, [...] passamos a vida a deixar vir os outros decidir acerca de nós. [...] Imagine que há um procedimento que não acontece com muita frequência e que, quando acontece, o enfermeiro orientador chama os EE para junto do doente e pede autorização para poder estar nas boxes, se eventualmente passa um clínico [...], vai-me logo chagar a alma! Penso que isso é cultural na instituição [...]”* (Enf. Chefe N).

Também no relato do enfermeiro chefe P se constata o horizonte até onde este tipo de interferência pode ir, no sentido de que pode ser impeditiva da promoção da aprendizagem dos EE e até da própria presença do professor - *“[...] Por exemplo, numa cirurgia muito complicada, o enfermeiro por vezes tem receio de deixar ser o EE a cuidar daquele doente, porque também o próprio médico muitas vezes não quer que o doente seja entregue ao EE. [...] Não sei até que ponto eles vêm com bons olhos ter os EE ou o professor a ‘imiscuir-se’ nos cuidados [...]”* (Enf. Chefe P).

Por vezes, os EE poderiam até ser afastados para não se correr o risco de os médicos reclamarem - *“[...] Eu tinha um diretor que não era fácil e que estava sempre a dizer que era muito barulho e que era muita gente, mas eu tinha uma sala ao fundo e eles (EE) podiam ir para lá falar e estudar.”* (Enf. Chefe T).

O não envolvimento dos enfermeiros na formação foi referido pelos enfermeiros M e N.

No caso do enfermeiro chefe M este não envolvimento foi referido no sentido de os enfermeiros não se envolverem na formação dos EE, e foi apontado, mais como uma consequência dos assuntos respeitantes ao EC serem apenas e quase só tratados com o professor e o enfermeiro orientador, o que considerava negativo e levava este enfermeiro chefe a considerar que para colmatar este problema o rácio enfermeiro orientador/EE deveria ser de 1/2 no máximo, de forma a distribuir pelo maior número de elementos a orientação dos EE e assim envolver e de responsabilizar toda a equipa, sobretudo nos momentos em que o enfermeiro orientador não podia estar presente - *“[...] Então, assim não era os EE estão ali porque está ali fulano que está a orientar, mas sim os EE são nossos, são do serviço, é da responsabilidade de todos os enfermeiros, era uma das competências de todos os enfermeiros orientarem, se calhar por aí já ajudariam um bocadinho mais.”* (Enf. Chefe M).

O enfermeiro chefe N referiu-se mais sob a perspetiva do não envolvimento dos enfermeiros na sua própria formação, como uma consequência da filosofia institucional, já antes referida - *“[...] Não reconheço na instituição, infelizmente, um envolvimento e motivação para a formação e desenvolvimento [...]”* (Enf. Chefe N).

Nesta perspetiva o enfermeiro chefe M, embora tenha defendido que a orientação dos EE devesse ser alargada ao maior número de enfermeiros da equipa e que todos os enfermeiros deveriam orientar, acabou por considerar a existência de défice de preparação dos enfermeiros para a orientação, mais naquilo que já tinha designado da *“parte teórica”* do EC (as reflexões, os portefólios), porque na *“parte prática”* todos estavam preparados, numa visão um tanto dicotómica do EC - *“[...] Não teríamos os enfermeiros formados para um acompanhamento melhor, mas os campos de estágio repetem-se, se calhar, ao longo dos anos, isso seria um trabalho com uma formação aos serviços que recebem EE. [...] Qualquer enfermeiro pode ser orientador, pode e deve [...], não estou a dizer orientar no formato que vocês têm, neste formato mais atualizado de acompanhamento das reflexões, do estudo de caso, da aplicação do plano de cuidados segundo a CIPE, se calhar alguns nunca foram muito bons nisso e também têm dificuldade em ajudar o outro”* (Enf. Chefe M). Este enfermeiro chefe acaba por abordar no aspeto a orientação dos EE como uma função de todos os enfermeiros.

O enfermeiro chefe M também se referiu à inadequação das características do serviço para a realização dos EC em causa, uma vez que o tipo de doentes e situações, na sua perspetiva, não proporcionavam aos EE as melhores experiências ou as mais

diversificadas, dificultando a consecução dos objetivos do EC. Através do seu relato também se subentende crítica velada à excessiva focalização do EE num número determinado de procedimentos que tem de realizar – “[...] Vou dar um exemplo, no serviço 2 a intervenção Y é quase uma vez por mês, se existir uma algaliação, quer dizer um EE que tem por objetivo fazer X algaliações, tem de treinar, ele nunca vai atingir este objetivo, vai andar em stressse porque está à espera que aconteça isso, e não acontece. [...] E às vezes andam mais aflitos em conferir aquele procedimento [...], do que observar e apreenderem o que de interessante se está a passar no serviço. [...] A dinâmica deste serviço [...] para eles é um bocadinho confuso para atingirem os objetivos” (Enf. Chefe M).

F – Cuidados de Enfermagem

Nesta subcategoria apenas foi mencionado o item possibilidade de incidentes críticos que foi referido por 3 enfermeiros chefes (K, P e T), embora sob perspetivas diferentes.

Assim, o enfermeiro chefe K, tal como já tínhamos referido anteriormente, considerou que a possibilidade de erro ou de cuidados descuidados era maior pelo facto de os enfermeiros orientadores estarem inseridos no plano de trabalho, o que lhes exigia trabalho acrescido e que tomassem atenção a vários aspetos ao mesmo tempo – “[...] Como eles (enfermeiros orientadores) não estão excedentários obriga a que se deslocalize uma atenção e uma supervisão para um lado, descuidando outra parte do serviço [...], e às vezes até descuidando mesmo, outras vezes não descuidando, [...] há ali um bocadinho, um círculo que pode acontecer.” (Enf. Chefe K).

No caso do relato do enfermeiro chefe P podemos verificar que, em dadas circunstâncias, poderá existir alguma insegurança do enfermeiro orientador relativamente ao desempenho do EE perante determinadas situações mais exigentes – “Neste EC noto que [...] eles (EE) já estão mais além, a execução de pensos, coisas muito mais minuciosas, o que implica muitas vezes que o próprio enfermeiro, pelo facto de ser um serviço com uma determinada especificidade, por vezes não dá grande manobra ao EE, por exemplo, se há uma cirurgia muito complicada, o enfermeiro por vezes tem receio de deixar ser o EE a cuidar daquele doente [...]” (Enf. Chefe P).

Também o enfermeiro chefe T deixou passar alguma preocupação relativamente ao desempenho dos EE e das respetivas consequências - “Em relação aos EE quando eu via que estavam menos atentos também chamava a atenção, há sempre uns que são mais entusiastas e outros que se deixam assim morrer um bocadinho. [...] E a

medicação também, sempre o horário. Já se sabe que há grupos que são menos atentos, [...] eu chamava a atenção.” (Enf. Chefe T).

No primeiro caso a preocupação com a possibilidade de incidentes críticos estava relacionada com a possível sobrecarga e menos atenção do enfermeiro orientador por estar inserido no plano de trabalho, portanto, um assunto já analisado anteriormente e novamente a merecer a atenção. Nos outros dois casos a preocupação estava relacionada com o próprio desempenho dos EE.

Sugestões de melhoria referidas pelos enfermeiros chefes

As sugestões de melhoria surgiram a partir de alguns dos itens negativos mencionados e estão apresentadas no quadro que se segue.

Quadro Número 5 – Sugestões de Melhoria Relacionadas com o EC Referidas pelos Enfermeiros Chefes

Enfermeiro chefe		K	M	N	P	T	Z	Número de chefes que referiram o item
Sugestões de Melhoria								
Articulação Interinstitucional	Maior comunicação escola/serviço	X	X			X		3
	Apresentação de estudos de caso no serviço			X				1
	Presença do enf. chefe na avaliação dos EE			X				1
Escola	Presença mais frequente do professor	X			X			2
	Preparação adequada EE	X				X		2
	Redução do número de EE no serviço	X						1
	Disponibilização de formação/enfermeiros		X					1
	Promoção envolvimento dos enfermeiros		X					1
Enfermeiro Orientador	Definição perfil enf. orientador	X		X				2
	Adequação do método de seleção de enf. orientadores	X						1
	Maior número de enf. orientadores				X			1
	Adequação de rácio enf. orientador/EE	X	X				X	3
	Enf. orientador externo ou não inserido no plano de trabalho			X	X		X	3
Serviço	Existência de sala própria para EE					X		1
Total itens por enfermeiro chefe		7	4	4	3	3	2	

Através da análise do Quadro Número 5 podemos verificar que todos os enfermeiros chefes deram sugestões de melhoria a vários níveis: articulação interinstitucional, escola, enfermeiro orientador e serviço, embora as subcategorias “escola” e “enfermeiro orientador” tivessem sido as mais abordadas. O enfermeiro chefe que mais itens abordou foi o enfermeiro chefe K (7), seguido dos enfermeiros chefes M e N (4) e dos enfermeiros chefes P e T (3), sendo que o enfermeiro chefe Z foi o que menos itens de melhoria abordou, o que está de acordo com o facto de ser o elemento que menos itens negativos mencionou. Quanto aos itens que tiveram referência de maior número de enfermeiros chefes foram: (i) articulação interinstitucional – maior comunicação escola/serviço (3); e (ii) enfermeiro orientador – adequação de rácios (3) e enfermeiro orientador externo ou não inserido no plano de trabalho (3). Estes aspetos também foram os mais explorados nos itens negativos.

A – Articulação Interinstitucional

Nesta subcategoria as referências foram feitas pelos enfermeiros chefes K, M e N, sendo que este último referiu dois dos itens. Os itens abordados foram: (i) maior comunicação escola/serviço, referido pelos 3 enfermeiros chefes (3); (ii) apresentação de estudos de caso no serviço (1); (ii) presença do enfermeiro chefe na avaliação dos EE (1).

No que respeita ao item “maior comunicação escola/serviço” as sugestões foram no sentido de maior inclusão do enfermeiro chefe em todo o processo de desenvolvimento do EC e, também, dos restantes elementos da equipa de enfermagem. Esta constatação verificou-se no caso dos enfermeiros chefes K e T:

- “*Acho que o enfermeiro chefe deveria ser obrigatoriamente um ator mais ativo [...], até para ajudar, para saber o que é que a escola quer. [...] O enfermeiro chefe enquanto gestor [...] tem sempre processo ativo, por isso que eu achava que não deveria ser feito nenhum EC sem que houvesse previamente uma reunião com o enfermeiro chefe de cada serviço. [...] (e reuniões regulares) não só com o enfermeiro orientador, mas com o enfermeiro chefe, o professor, [...]*” (Enf. Chefe K);

- “[...] *O professor que está a orientar devia ter tudo assim organizado e dizer assim: ‘Hoje há esta modificação..., amanhã há aquela...’. Às vezes é muito em cima do acontecimento e acho que o enfermeiro chefe tem de saber com antecedência [...]. Ou então quando vinham para fazer reuniões só com os EE, diziam só a quem estava a orientar e não diziam ao enfermeiro chefe, percebe? Eu acho que além dos profissionais que estão a orientar, o enfermeiro chefe tem de saber*” (Enf. Chefe T).

Dentro do âmbito da promoção da comunicação, outra sugestão relacionou-se com maior a clarificação por parte da escola e do hospital das condições para os enfermeiros orientadores e a necessária implicação de todo o serviço na formação – *“Para mim esta postura ficava assim – ‘Nós vamos ter uma pessoa que vai ganhar mais, porque vai ter o trabalho de bastidor, de papel, um trabalho administrativo...’ [...] ora enquanto serviço deveremos ter uma postura pedagógica, formativa, organizativa que mostre que vale a pena o EE vir para aqui, o EE não vem para aqui porque o enfermeiro orientador é bom, mas porque o serviço serve para o efeito [...]”* (Enf. Chefe K).

Também o enfermeiro chefe M abordou a promoção da comunicação escola/serviço na perspetiva do envolvimento da equipa e na redução do fosso teoria/prática, na sequência da sua visão, já explorada antes, mais integradora do maior número de enfermeiros na orientação dos EE – *“[...] Se houvesse estas reuniões prévias, não queria chamar reuniões, seria mesmo formação, poderia resolver alguns desses assuntos e também vocês (escola) ficariam a conhecer melhor o nosso lado, para que durante a formação teórica pudessem exemplificar com casos práticos que acontecem no mundo que os EE vão encontrar no EC”* (Enf. Chefe M).

Ainda dentro da articulação interinstitucional foi feita a sugestão por um dos enfermeiros chefes da apresentação dos estudos de caso realizada pelos EE ser feita no serviço como uma forma de promover a articulação institucional e também de envolver os enfermeiros do serviço na orientação e de promover o seu próprio desenvolvimento como profissionais – *“[...] Seria muito mais fácil se de vez em quando a OT com aquele grupo que está no serviço fosse feita no serviço, num espaço, por exemplo numa sala alargada, na sala da entrada, e como a coisa está a decorrer no serviço é mais fácil mobilizar [...]. Não tinha de ser em todas, mas elencar [...] uma por mês é feita no serviço com um professor do ICS e alargada a toda a equipa, penso que isto era muito interessante e ajudava a desenvolver as equipas [...]”* (Enf. Chefe N). Constatamos que apenas um dos enfermeiros chefes referiu esta sugestão.

Para além do item mencionado o enfermeiro chefe N considerava que o enfermeiro chefe deveria ser incluído no processo de avaliação dos EE, conferindo-lhe um papel regulador – *“Eu considero que eu deveria estar presente, não para intervir, [...] mas como alguém que na transversalidade serve ali como de equilíbrio [...], porque cada um (enfermeiro orientador) vai integrando na maneira como avalia o EE muito daquilo que é seu, por isso eu funcionaria como aquele elemento que faz o ajuste*

[...]. O professor não está cá todos os dias [...]. Penso que ele (enfermeiro chefe) deve assumir o papel de responsabilidade pelo seu serviço como modelo formativo e, se o assume, não pode viver distante, tem de andar pelo meio para perceber se existem algumas áreas em que ele precisa de intervir junto do enfermeiro orientador para o reorientar.” (Enf. Chefe N).

B – Escola

Como já foi referido, esta subcategoria foi bastante explorada pelos enfermeiros chefes no sentido daquilo que a escola poderia contribuir para melhorar o desenvolvimento do EC. No entanto, nem todos se pronunciaram, tendo-o feito os enfermeiros chefes K (que fez mais sugestões neste âmbito), M, P e T. Os itens mais referidos foram a presença mais frequente do professor e a preparação adequada dos EE. Na totalidade os itens referidos foram: (i) presença mais frequente do professor, referido por 2 dos enfermeiros (2); (ii) preparação adequada dos EE, também referido por 2 enfermeiros (2); (iii) redução do número de EE no serviço (1); (iv) disponibilização de formação para os enfermeiros (1); e (v) promoção do envolvimento dos enfermeiros (1).

A presença mais frequente do professor foi sugerida pelos enfermeiros K e P como uma mais-valia para os EE e uma oportunidade também de promover a articulação interinstitucional e de reduzir o fosso teoria/prática:

– *“Se fosse possível a passagem mais assídua pela área de EC [...] era sempre melhor, acho que o EE ganha muito com isso, penso que o próprio professor fica com uma ideia mais real do estado global do serviço, das circunstâncias do serviço, dos constrangimentos organizacionais [...]. Se houvesse aqui uma vertente um bocadinho mais próxima não sei se não tínhamos todos a ganhar.” (Enf. Chefe K);*

- No caso do enfermeiro P para além dos motivos mencionados, a presença do professor é vista como mais um recurso na orientação dos EE e o elemento articulador entre a escola e o serviço – *“[...] Julgo que deveríamos melhorar no sentido de haver muito mais proximidade com o professor, acho se tivéssemos mais vezes aqui o professor [...] para esclarecimento de algumas questões [...] e, também, assim num momento de crise como já tivemos, nessa altura há uma diminuição drástica no número de elementos por turno, [...] ao passo que se estivesse o professor mais vezes, aquela parte da ligação da teoria e da prática, libertaria muito mais o enfermeiro para outras coisas, estaria aí o professor para fazer essa ponte [...]. Hoje tendo em conta o reduzido número de elementos por turno, de facto, as próprias escolas vão ter de rever, ou o professor terá de vir mais vezes.” (Enf. Chefe P).*

A preparação adequada dos EE foi referida pelos enfermeiros K e T no sentido da melhoria, mas sob perspetivas um tanto distintas, uma mais relacionada com os comportamentos e outra mais relacionada com uma maior aproximação aos doentes:

- “[...] *Há coisas que precisavam de ser melhoradas [...] também dos comportamentos na profissão. O EE quando vem para EC se tivesse [...] marcadamente instruções que em EC, em organização hospitalar o comportamento tem de ser este, facilitava um bocado.*” (Enf. Chefe K);

- “[...] *Transmitir-lhes que o ensino é muito importante, se a pessoa estiver sempre a ensinar o doente ele vai ficando com as coisas no ouvido, e também saberem ouvir [...]*” (Enf. Chefe T).

A redução do número de EE apenas foi focada pelo enfermeiro chefe K como uma forma de reduzir a possibilidade de incidentes críticos, assim como de facilitar a articulação entre a escola e o serviço – “*Na medida em que os grupos forem pequenos torna-se muito mais estreita e fácil: 1º a deteção da asneira e a correção dela em tempo útil; 2º a troca de informação entre a equipa e o próprio EE e entre o EE e a organização hospitalar [...]. A articulação entre a escola e o serviço poderia ser melhorada, será tanto mais fácil quanto menor for o grupo [...]. Num grupo grande é muito difícil detetar em tempo útil as situações e articulá-las diretamente [...]*” (Enf. Chefe K).

A disponibilização de formação para os enfermeiros foi uma sugestão dada pelo enfermeiro chefe M na sequência da sua conceção mais integradora dos enfermeiros do serviço na orientação e no consequente maior envolvimento dos mesmos na orientação – “*Provavelmente, terá de passar por uma formação em serviço, aquelas reuniões que as escolas fazem nos campos de estágio, provavelmente, mediante a estratégia que usam, mesmo ficando só um tutor externo [...], mesmo assim seria feita uma reunião ou formação em serviço, em que seria dito [...] o que é esperado do enfermeiro orientador e o que é esperado da equipa [...]*.” (Enf. Chefe M). Como já foi referido, este enfermeiro chefe preconizava uma maior integração da equipa de enfermagem em todo o processo de orientação dos EE, neste caso como podemos constatar, mesmo que o enfermeiro orientador seja externo.

C - Enfermeiro Orientador

Nesta subcategoria, à semelhança do que já tinha acontecido na abordagem dos aspetos negativos, o maior número de referências dos enfermeiros chefes concentrou-se nos itens “adequação de rácios enfermeiro orientador/EE” e “enfermeiro orientador

externo ou enfermeiro orientador não inserido no plano de trabalho”, para além de termos verificado que foi a subcategoria em que todos os enfermeiros chefes deram sugestões, sendo que a maioria (4) referiu-se a 2 itens nesta subcategoria. Os itens abordados foram: (i) adequação de rácio enfermeiro orientador/EE sugerido por 3 dos enfermeiros chefes (3); (ii) enfermeiro orientador externo ou não inserido no plano de trabalho, também sugerido por 3 dos enfermeiros chefes (3); (iii) definição de perfil de enfermeiro orientador (2); (iv) adequação do método de seleção de enfermeiros orientadores (1); e (v) maior número de enfermeiros orientadores (1).

A adequação de rácio enfermeiro orientador/EE foi referida pelos enfermeiros K, M e Z, tendo em conta a perspetiva do orientador inserido no plano de trabalho:

- No primeiro caso o enfermeiro chefe considerou que o rácio praticado não era o adequado, sendo que traria consequências para o serviço e para a orientação dos EE, propondo um rácio de 2 EE para cada enfermeiro orientador - *“Se (o enfermeiro orientador) pertence ao lugar (serviço) e vai fazer parte da atividade do plano de trabalho [...], então só pode ter dois EE [...]. Para mim estas duas questões têm de ser muito bem resolvidas e afinadas para bem de todos [...], sem que se descure as atividades que os próprios profissionais têm de fazer no serviço e sem descuido da própria orientação pedagógica que tem de fazer ao EE? Se ele não é elemento ativo do plano de trabalho pode estar de acordo com os princípios que a própria faculdade disser [...]”* (Enf. Chefe K);

- O enfermeiro chefe M também se referiu às consequências dos rácios tanto no acompanhamento dos EE como no funcionamento do serviço, considerando que o desejável era de 1 EE para cada enfermeiro orientador - *“Enquanto este EE do 4º ano até já está treinado para ter um bocado de autonomia e tem um enfermeiro presente com ele a tempo inteiro, os outros que ainda não estão preparados para ter autonomia ainda não estão devidamente moldados para a parte prática [...], por exemplo, no caso deste serviço em que estão 4 EE para 1 tutor, acho que cada EE deveria ter o seu enfermeiro (enfermeiro orientador). [...] Acho que não se sentiria tanto o número de EE a interferir na dinâmica do serviço [...]”* (Enf. Chefe M);

- O enfermeiro chefe Z apenas analisou este item em função das consequências para o serviço, sobretudo nos atrasos na prestação de cuidados, considerando que o rácio ideal seria de 2 EE para cada enfermeiro orientador, num limite máximo de 4 EE, tendo em vista o bom funcionamento do serviço - *“Melhorar só reduzindo o rácio enfermeiro orientador/EE para não atrasar tanto. [...] Minutos somados ao fim de oito*

horas de trabalho são muitos minutos [...]. Penso que a última situação que tivemos era quatro EE para cada enfermeiro orientador, penso que é o limite máximo para esta circunstância, mantendo-se este formato será o limite máximo. É evidente que o formato ideal seria dois alunos por orientador que dava outra disponibilidade e outra liberdade de ação [...]” (Enf. Chefe Z).

As sugestões apontam uma acentuada diminuição do rácio e vão de 1 a 2 EE para cada enfermeiro orientador. Constatamos também que quanto ao rácio enfermeiro orientador/doentes, embora os enfermeiros chefes não se tivessem pronunciado diretamente, ficou subentendido que, praticando os rácios sugeridos de enfermeiro orientador/EE de 1/1 a 1/2 e estando inserido no plano de trabalho, este acabaria por ficar com os doentes dos EE, mais os restantes que lhe fossem atribuídos, para não interferir na dinâmica do serviço.

Na sequência do assunto anterior algumas sugestões foram no sentido de que o orientador fosse externo ao serviço, ou enfermeiro orientador não inserido no plano de trabalho (no caso de pertencer ao serviço). Estas sugestões foram apontadas pelos enfermeiros chefes N e P, que não se tinham pronunciado no item anterior, e pelo enfermeiro chefe Z, o qual se tinha referido aos rácios.

No caso do enfermeiro chefe N a proposta foi no sentido do enfermeiro orientador não estar inserido no plano de trabalho, mas ressalvando a condição de não diversificar os enfermeiros orientadores, uma vez que considerava que nem todos teriam perfil para orientarem EE em EC – *“Do meu ponto de vista os EE deveriam estar com um enfermeiro que não estivesse em tempo de trabalho”* (Enf. Chefe N).

Também o enfermeiro chefe P considerou que o ideal seria o enfermeiro orientador não estar inserido no plano de trabalho, apontando vantagens para o serviço e para o acompanhamento dos EE, sendo que deveria ficar com os doentes atribuídos aos EE – *“[...] Estando como supranumerário [...] só tem os doentes atribuídos aos EE [...], até o próprio tutor está muito mais disponível para estar o tempo que for necessário para explicar e ensinar os EE, porque senão é tudo à pressa, [...] Estando só para aquela função, de facto está muito mais disponível para os EE e não é nada feito à pressa [...]*” (Enf. Chefe P).

O enfermeiro chefe Z para além da possibilidade de o enfermeiro orientador não estar inserido no plano de trabalho, admitiu que pudesse ser externo, sendo que em ambos os casos considerou que não deveria ter doentes atribuídos e estar em dedicação plena à orientação – *“A solução era ter um orientador que não esteja integrado na*

prestação, ou do serviço ou externo, que não esteja com doentes atribuídos, portanto que esteja totalmente dedicado à docência e orientação dos EE” (Enf. Chefe Z).

Os resultados respeitantes a este item convergem com os resultados do item anterior em que, para além da diminuição do rácio enfermeiro orientador/EE foi sugerido que aquele estivesse mais liberto para a orientação, não estando no plano de trabalho ou sendo externo ao serviço, aspetos que já vinham a ser considerados pelos professores nas entrevistas exploratórias e pelos enfermeiros orientadores durante o período de observação.

Outra sugestão foi o aumento do número de enfermeiros orientadores referido pelo enfermeiro chefe P, aspeto que está em consonância com algumas das sugestões anteriores, sobretudo as que se relacionaram com a diminuição dos rácios enfermeiro orientador/EE, facto que já apontava para o necessário aumento do número de enfermeiros a orientar EE em EC, não só como mais recursos em caso de necessidade, mas também como uma forma de envolver mais a equipa na orientação - *“[...] ter mais tutores, de forma que havendo uma falha de alguém possa ser colmatada, acho que se tornaria muito mais facilitador [...]. Isso até beneficiaria muito o grupo em termos de crescimento profissional, quanto mais gente estiver ligada à escola [...], também muito mais saberes vão buscar e vão estar muito mais atualizados”* (Enf. Chefe P).

Dois dos enfermeiros chefes (K e N) referiram-se à necessidade de definição de um perfil de enfermeiro orientador por parte da escola, como algo imprescindível:

- *“[...] Como é possível [...], nós já temos definido o perfil do supervisor clínico para prática tutelar de enfermagem, [...] e não temos definido [...] qual é o perfil previsto pela instituição académica do orientador do EC? Porque se existisse um perfil, a instituição académica negociava com as instituições prestadoras de cuidados [...]”* (Enf. Chefe N);

- *“Se eu souber quais são os critérios que a faculdade quer de um enfermeiro orientador [...], eu depois dentro da minha equipa e conhecendo o perfil de cada um, posso partilhar com vocês (escola) [...]”* (Enf. Chefe K).

O item mencionado anteriormente esteve necessariamente relacionado com a adequação do método de seleção de enfermeiros orientadores, este apenas foi referido pelo enfermeiro chefe K, que voltou a apontar a necessidade de maior clarificação perante os enfermeiros orientadores das condições e das várias implicações decorrentes da orientação de EE em EC - *“Depois é necessário saber se a escola concorda [...] e perguntar ao próprio se concorda. Se houvesse uma partilha entre a escola e o serviço*

[...]Então avançamos com estes princípios, com estes valores e estes propósitos. E depois muito claramente, o que é que quer com isso? Vai trabalhar? Não faz parte do plano? Faz parte do plano? Ganha à parte, não ganha à parte? O que é que acontece quando vai fazer avaliações? O que é que acontece quando vai fazer reuniões? [...] Quais são as mais-valias que vão ter? [...]” (Enf. Chefe K). Embora o enfermeiro chefe N não se tivesse referido tão diretamente aos critérios de seleção considerou que, tendo conhecimento do perfil de enfermeiro orientador, deveria ser o próprio chefe a fazer a seleção dos enfermeiros orientadores, perspetivando o papel da escola apenas na definição do perfil – *“Eu não sinto que a universidade tenha um papel e também não sinto que o deva ter do ponto de vista de seleção [...]”* (Enf. Chefe N).

D – Serviço

Nesta subcategoria apenas foi mencionado o item existência de sala própria para os EE, que foi referido apenas pelo enfermeiro chefe T e que, embora um tanto isolado, acabou por identificar uma necessidade que poderá ser passível de análise - *“[...] Se (os EE) não podem estar no balcão (central) de enfermagem e não podem estar noutro sítio, têm de ter uma sala, por exemplo, o professor que os está a orientar, queria ter reuniões, ia com os EE para essa sala e avaliava-os aí. Isso, eu tinha conseguido e gostava, toda a gente gostava. Acho que é essencial haver no serviço um sítio onde os EE possam estar”* (Enf. Chefe T). No caso do relato apresentado fica também subentendido que, provavelmente, nos casos em que o número de EE era maior e/ou existisse em determinadas alturas do turno maior concentração de EE num dado espaço do serviço, verificava-se a consequente influência negativa no funcionamento do serviço.

Síntese, Interpretação, e Discussão dos Resultados

De acordo com os objetivos traçados para as entrevistas, as respostas dadas pelos enfermeiros chefes centraram-se em torno de 3 categorias principais: aspetos positivos, aspetos negativos e sugestões de melhoria. Nos resultados obtidos estão subjacentes as conceções dos enfermeiros chefes acerca da enfermagem e da supervisão em EC. Verificamos que em cada tema ou categoria principal os itens identificados corresponderam, globalmente, a aspetos relacionados com 6 subcategorias: articulação interinstitucional, escola, enfermeiros orientadores, hospital, serviço e cuidados de enfermagem.

Aspetos positivos

Verificamos que os aspetos positivos se relacionaram com todas as subcategorias mencionadas, com exceção da subcategoria “hospital”. Constatamos que o maior número de itens referidos como aspetos positivos esteve relacionado com a subcategoria serviço, mais especificamente, com as consequências positivas para a equipa de enfermagem, decorrentes da presença dos EE.

No que respeita à articulação interinstitucional foi referido como positivo 1 item, a “comunicação escola/serviço”, apenas por 2 dos enfermeiros chefes.

Na subcategoria “escola”, apenas 1 enfermeiro chefe se referiu ao comportamento dos EE como sendo um aspeto positivo.

Na subcategoria enfermeiro orientador, foi mencionado só 1 item, “enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho”, o qual foi referido por 1 dos enfermeiros chefes.

No que respeita ao serviço os itens positivos mais referidos foram sobretudo atualização dos conhecimentos da equipa de enfermagem, seguido do envolvimento da equipa na orientação. Os itens acreditação do serviço, necessidade do serviço se organizar para ser um modelo de boa prática e promoção da reflexão sobre a prática por parte dos enfermeiros tiveram menor expressividade nos relatos. Globalmente, não restou qualquer dúvida que a presença dos EE contribuía, na visão dos enfermeiros chefes, para o desenvolvimento global dos enfermeiros do serviço. Ficou também mais claro que muito poucos se referiram à necessidade e à responsabilidade de o serviço ser referência para os EE, digamos que as vantagens foram encaradas mais no sentido dos EE para o serviço do que o contrário, sendo que apenas 2 dos enfermeiros chefes se referiram a esta questão e, destes dois, 1 incidiu sobre ela de forma mais clara e concreta, o que pensamos estar relacionado em parte com a sua formação, dado que de todos os enfermeiros chefes era o que detinha o grau académico mais elevado e maior experiência na docência. Também foi o único a salientar a importância para o serviço das apresentações dos estudos de caso realizados pelos EE e da necessidade de maior presença dos enfermeiros nas mesmas, sendo que o próprio enfermeiro chefe fazia o possível para estar presente e participar.

Na subcategoria “cuidados de enfermagem” foi significativa a referência à melhoria global dos cuidados de enfermagem, como consequência da presença dos EE. Foi também referido, mas com menor expressividade, a melhoria na relação enfermeiro/doente. Mesmo assim, valorizamos os dois relatos que apontaram para uma

aparente maior proximidade dos EE em relação aos doentes e maior disponibilidade para estarem com eles o que nos parece ser um aspeto importante. Globalmente, na visão dos enfermeiros chefes, a presença de EE contribuía para a melhoria dos cuidados.

Le Boterf (2005) refere-se à importância da resolução de casos como uma estratégia de promoção do desenvolvimento de competências. Outros autores referem-se à necessidade do questionamento permanente e de uma postura reflexiva por parte dos profissionais para a tomada de consciência das teorias subjacentes à ação (Boud et al., 1985/2011; Schön 1989/2000; Perrenoud, 2002b). Sobre o EC em enfermagem vários autores se pronunciam acerca dos grandes benefícios que podem ter as atividades conjuntas entre enfermeiros dos CPC e professores das escolas no sentido de uma maior aproximação, de maior reflexão e discussão das práticas com vista à sua melhoria (Amaral, 1995; d’Espiney, 1997; Carvalhal, 2002; Mestrinho, 2002; Andrade, 2005; Borges, 2010; Haugan et al., 2011; Granger et al., 2012). Por outro lado, a importância da adequação dos CPC é referida não só na legislação portuguesa (Portugal, 2004), mas também por vários autores e organizações (WHO, 2001b; Clare et al., 2003; Hand, 2005; QAA, 2007; Garrido et al., 2008; HWA, 2010). Apesar de considerarmos que os enfermeiros chefes tinham consciência global do impacto positivo para o serviço da presença de EE, pensamos que a maioria não possuía a visão do maior alcance e da dimensão que esta presença poderia representar.

Aspetos Negativos

Os itens referidos nesta categoria foram em maior número do que na categoria “aspetos positivos”. Ficamos com a perceção que na visão dos enfermeiros chefes existiam várias situações que não estavam de acordo com o pretendido. Constatamos que o maior número de itens referidos como aspetos negativos esteve relacionado com as subcategorias “enfermeiro orientador” e “serviço”.

Na subcategoria articulação interinstitucional o item com maior expressividade foi o défice comunicação escola/serviço. As dimensões a partir das quais foi abordado foram a falta de informação e de articulação da escola com o enfermeiro chefe e também com a equipa de enfermagem, tendo sido vincado que todo o tipo de informações se concentravam quase exclusivamente entre o professor e o enfermeiro orientador. Apesar do facto da mudança de serviço de alguns dos enfermeiros chefes ter tido alguma influência, a constatação anterior veio pôr em causa o tipo de reuniões prévias ao EC. O enfermeiro chefe é um elemento chave nos CPC, pelo que o seu papel não deve ser menosprezado na articulação escola/CPC. Do exposto, depreende-se a

necessidade de maior envolvimento do enfermeiro chefe e também dos restantes enfermeiros do serviço, para além dos enfermeiros orientadores, em todo o processo do EC. Pensamos que a presença mais assídua do professor e a existência de espaços para discussões em serviço ou mais alargadas, sobre a filosofia do CLE, as metodologias de orientação em EC, os aspetos práticos da prestação de cuidados e outros assuntos de interesse, poderiam contribuir para o maior envolvimento de todos. Vários estudos focam a falta de comunicação entre a escola e os CPC como uma das dificuldades no processo de articulação interinstitucional (Van Velze, 1991; Amaral, 1995; Fernandes, 2004; Simões et al., 2006; Fernandes, 2008; Garrido et al., 2008; Borges, 2010).

Na subcategoria “escola”, apesar de os itens referidos não terem muita expressividade em termos do número de enfermeiros chefes que os mencionaram, não deixaram de contribuir para o esclarecimento daquilo que poderia não estar a funcionar de forma adequada: presença pouco frequente do professor, número excessivo de EE, comportamento inadequado dos EE e preparação deficiente dos EE. Apenas um dos enfermeiros chefes se referiu à presença pouco frequente do professor, o que chamou a nossa atenção, por um lado para a necessidade da sua presença, mas por outro, para a interrogação sobre o valor e a dimensão atribuídos ao seu papel pelos enfermeiros chefes. Questionámo-nos se o facto da sua “*passagem pelos serviços*” em vez de permanência nos mesmos, não teria diluído um pouco a sua função, por já não encontrarem no professor o papel também de orientador na prática clínica ou até por o considerarem indesejável. A este propósito, lembramos as referências de alguns autores acerca da presença do professor no CPC como facilitador da articulação interinstitucional (Van Velze, 1991; CASN, 2004; Macedo, 2010). Por outro lado, lembramos o inquestionável papel do professor e a sua permanência nos CPC em todos os casos de implementação de DEU e CLU relatados (Edgecombe et al., 1999; Wotton e Gonda, 2004; Ranse e Grealish, 2007; DEU Project Team, 2008; Loughheed e Ford, 2005; Miller, 2005; Moscato et al., 2007; Mulready-Shick et al., 2009; Dyess et al., 2010; Mullenbach e Burgraff, 2011; Murray e James, 2011; Maguire et al., 2012), assim como, na experiência das Enfermarias-Escola em Portugal (Carvalho, 1954; Salgueiro, 1999).

Ainda que o comportamento inadequado e o défice de preparação dos EE não tenham sido muito referidos, lembramos que pelo menos, o segundo aspeto já tinha sido mencionado pelos enfermeiros orientadores durante a observação dos CPC. Os dados revelaram situações de atitudes e posturas dos EE inconvenientes e levaram ao nosso

questionamento também sobre este aspeto, uma vez que através dos documentos dos EC e da observação das reuniões na fase exploratória, se constatou que os EE são orientados para a adoção de posturas adequadas e, também, pelo facto de estarem acompanhados por um enfermeiro orientador no serviço. Consideramos a necessidade de, sobretudo a escola, averiguar as causas destas ocorrências e de identificar com os professores e os enfermeiros orientadores as estratégias necessárias para dar resposta adequada e esta questão fundamental. Apesar do item “número excessivo de EE” ter sido mencionado como negativo só por 1 dos enfermeiros chefes e de, provavelmente estar relacionado com a diminuição do número de doentes no serviço em causa, pensamos que será um aspeto que a escola deverá ter em conta no planeamento do EC.

A subcategoria “enfermeiro orientador” foi aquela em que foram apontados mais itens e dos mais explorados pelos enfermeiros chefes, o que evidenciou algum mal-estar quanto a este assunto, sobretudo o facto de estar inserido no plano de trabalho e os rácios enfermeiro orientador/EE praticados. Também foram mencionados o método de seleção de enfermeiros orientadores, e o seu défice de preparação para a orientação. Os itens com menor referência foram a dificuldade de seleção de enfermeiros orientadores, a sua ausência nas OT do professor e a sua insatisfação.

Os enfermeiros chefes consideraram que o facto de o enfermeiro orientador estar inserido no plano de trabalho, para além de representar uma sobrecarga para o próprio, trazia consequências negativas quer para o serviço, quer para a supervisão integral dos EE, incluindo a sua participação nas apresentações de estudos de caso nas OT do professor, dado que não se encontrava totalmente disponível nem para a prestação de cuidados, nem para a supervisão. Esta questão pareceu-nos fulcral e confirmar os resultados da observação quanto à necessidade de uma abordagem aprofundada por parte da escola e do hospital. Os enfermeiros chefes também consideraram que, estando o enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, não deveria ter mais do que 1 a 2 EE atribuídos. Como referido anteriormente, vários autores fazem alusão à sobrecarga dos enfermeiros orientadores como uma dificuldade dos mesmos e como prejudicial ao processo de supervisão (Edmond, 2001; Belo, 2003; Simões, 2004; Silveira, 2009; Benner et al., 2010; Bourgeois et al., 2011; Silva et al. 2011; Walker et al., 2012).

Embora só 2 enfermeiros chefes tivessem referido o défice de preparação dos enfermeiros para a função de orientação, este aspeto esteve implícito na globalidade dos relatos, o que converge com as referências de outros autores (Edmond, 2001; McBrien, 2006; Serra, 2007; Garrido et al., 2008; Rua, 2009; Soares, 2009; Benner et al., 2010;

Silva et al., 2011). Quanto à seleção de enfermeiros orientadores, consideraram que os critérios deveriam ser clarificados, evidenciando-se a necessidade de se definir um perfil de enfermeiro orientador e de uma maior participação da escola em todo o processo, assunto que já tinha sido mencionado pelos professores nas entrevistas exploratórias. Quanto a nós esta necessidade é tanto mais evidente, quanto mais um dos enfermeiros chefes chama quase exclusivamente a si a responsabilidade da escolha dos enfermeiros orientadores. Outros estudos, autores e organizações focam a necessidade de se definir o perfil de enfermeiro orientador e de se adotarem critérios claros entre as instituições envolvidas na seleção de enfermeiros orientadores (Catarino, 1994; CNA, 2004; Cruz, 2004; Cordeiro, 2008; Garrido et al., 2008; NMC, 2008; Soares, 2009; HWA, 2010).

Ainda a salientar o facto de apenas um dos enfermeiros chefes ter considerado negativa a ausência dos enfermeiros orientadores das OT do professor, sendo que só outro enfermeiro chefe considerou ser muito difícil os mesmos participarem nas OT do professor, pelo horário das mesmas, sobretudo quando o enfermeiro orientador estava inserido no plano de trabalho e não podia deixar os seus doentes, o que converge com os resultados da observação e com os dados das entrevistas exploratórias. Lembramos ainda o facto de no ano letivo 2010-2011 muitas das OT deixaram de ser realizadas no HP. No entanto, relevamos também o possível desinteresse referido por um dos enfermeiros chefes, que referiu dar oportunidade aos enfermeiros orientadores para participarem nas OT do professor. Na nossa perspetiva, este assunto é deveras importante pela continuidade do acompanhamento dos EE, pela parceria na supervisão e pelo contributo na diminuição do fosso teoria/prática.

Na subcategoria “hospital” apenas 1 enfermeiro chefe se pronunciou, referindo o *status quo* do hospital, com pouca autonomia e visibilidade dos enfermeiros, impeditivo dos avanços, e o não envolvimento da instituição na formação, com falta de uma estratégia neste âmbito e com objetivos institucionais pouco direcionados a esta função. Estas barreiras organizacionais também são mencionadas por vários autores (Saarikoski et al., 2005; Maginnis e Croxon, 2007; Santos, 2009a; Macedo, 2010). A salientar que ambos os itens mencionados por este enfermeiro chefe já tinham sido referidos pela CUEE na entrevista exploratória e que nenhum dos outros enfermeiros chefes os mencionou, parecendo não estarem tão conscientes ou sensibilizados para estes aspetos que envolvem conceções acerca da supervisão e acerca da função dos CPC na formação dos EE.

Na subcategoria “serviço” surgiram itens relacionados com as dificuldades que a presença de EE trazia para o serviço e respetivos elementos da equipa e, também, com os aspetos negativos do próprio serviço que se refletiam no desenvolvimento do EC. Os itens relacionados com o impacto menos positivo da presença de EE no serviço foram a alteração da dinâmica do serviço, sendo o mais referido, e alteração do plano de trabalho. Os itens relacionados com aspetos negativos do serviço que se refletiam no EC foram: interferência da equipa médica, o mais referido, não envolvimento dos enfermeiros na formação, défice de preparação dos enfermeiros para a orientação e inadequação das características do serviço.

Ficou bem claro que a presença de EE no serviço, sobretudo, quando em maior número alterava significativamente o funcionamento do serviço, pelo maior tempo que os EE demoravam a prestarem os cuidados e pelo facto do ritmo nos serviços ser mais acelerado, tendo em conta os rácios enfermeiros/doentes praticados na instituição. Neste sentido, os enfermeiros chefes referiram alguns constrangimentos sobretudo na elaboração do plano de trabalho. A interferência da equipa médica no desenvolvimento do EC surgiu como um item relacionado com o *status quo* do hospital, sendo que os relatos dos enfermeiros chefes foram ilustrativos da perturbação que os EE poderiam causar, sobretudo se fossem em grande número, e do marcado “poder” da classe médica dentro do hospital, podendo constituir uma barreira para o diálogo e a formação, remetendo-nos para a necessidade de a escola e o hospital trabalharem de uma forma multidisciplinar o envolvimento na formação. Também a HWA (2010) refere-se à existência de uma cultura organizacional que não valoriza nem reconhece o processo de ensino/aprendizagem.

O não envolvimento dos enfermeiros na formação foi abordado em duas vertentes que consideramos relacionadas, a sua própria formação e a formação dos EE, que um dos enfermeiros chefes considerou como uma consequência da cultura institucional vigente. O relato de outro dos enfermeiros chefes, apesar de ter revelado alguma dicotomia nas suas conceções da supervisão integral de EE em EC, mostrou também a necessidade da escola encontrar estratégias de esclarecimento e de envolvimento dos enfermeiros na formação dos EE e na sua própria formação. Embora sobre este item as perspetivas apontadas tenham sido diferentes, consideramos que acabaram por se cruzar, uma vez que a cultura institucional poderá ter influência no envolvimento dos enfermeiros na sua própria formação, aspeto que poderá influenciar o envolvimento na formação dos EE. Consideramos que poderão equacionar-se também

outras estratégias de promoção do envolvimento da equipa na orientação, de forma que se sinta parte ativa desse processo, aspeto que poderá por sua vez motivar os elementos a investirem mais na sua formação profissional. Silva (2010), acerca do hospital universitário ou de ensino, foca a importância da formação académica dos enfermeiros dos CPC como fundamental na formação dos EE.

Apenas um dos enfermeiros chefes se pronunciou sobre as características do serviço como barreira à oportunidade de experiências significativas para a aprendizagem dos EE. Embora esta fosse a única referência quanto às dificuldades criadas pelas características do serviço e do tipo de doentes, como influenciadoras no processo de consecução dos objetivos traçados para o EC, este assunto não era novo e era habitualmente abordado pelos professores e enfermeiros orientadores e até pelos próprios EE, como pudemos constatar através da observação, tendo manifestado as suas preocupações relativamente à impossibilidade de terem determinado tipo de experiências, pelo que consideramos que poderá ser um item que deve merecer a análise e discussão por parte da escola. Noutros estudos alguns autores também se referiram às características inadequadas dos CPC como barreiras ao desenvolvimento de competências pelos EE em EC (Galvão, 1995; Coelho, 2000; Santos, 2009a).

Na subcategoria “cuidados de enfermagem” apenas foi mencionado o item “possibilidade de incidentes críticos”, referido por 3 enfermeiros chefes. A preocupação com a possibilidade de incidentes críticos estava relacionada com a possível sobrecarga e menos atenção do enfermeiro orientador por estar inserido no plano de trabalho e, também, com insegurança relativamente ao próprio desempenho dos EE. Através dos relatos questionámo-nos acerca da disponibilidade dos enfermeiros orientadores quando inseridos no plano de trabalho, no sentido de terem tempo para acompanharem o EE e de promoverem a sua autonomia, identificando-se a necessidade de tanto o hospital como a escola analisarem as condições da realização dos EC em cada um dos serviços e identificarem os fatores de risco relativamente à possibilidade de incidentes críticos. Vários autores se referem aos constrangimentos do EC, como prática em situação real e com maior probabilidade de ocorrência de erro, referindo que a segurança e a qualidade dos cuidados devem ser sempre asseguradas (d’Espiney, 1997; McBrien, 2006; Benner et al., 2010; HWA, 2011).

Sugestões de Melhoria

As sugestões surgiram a partir de alguns dos itens negativos mencionados, sendo que todos os enfermeiros chefes deram sugestões de melhoria. Os itens identificados

foram: articulação interinstitucional, serviço, escola e enfermeiro orientador, tendo sido os dois últimos os mais abordados.

Na subcategoria “articulação interinstitucional” os itens abordados foram: maior comunicação escola/serviço, o mais referido, apresentação de estudos de caso no serviço, presença do enfermeiro chefe na avaliação dos EE. No item maior comunicação escola/serviço, os relatos evidenciaram a necessidade de se investir mais nas reuniões regulares ao longo do EC, em sessões de formação acerca da supervisão em EC e de uma atenção especial à inclusão dos enfermeiros do serviço no processo de orientação dos EE, de forma a reduzir o fosso teoria/prática. Ficou evidente, em especial, a inclusão do enfermeiro chefe, de forma a torná-lo parte integrante de todo o processo, assim como, a necessidade de uma maior clarificação perante toda a equipa das condições para os enfermeiros orientadores e para a supervisão dos EE. Na verdade, o ICS no início de cada EC realizava reuniões preparatórias onde eram incluídos os enfermeiros chefes e nas quais várias informações eram transmitidas, no entanto, na altura em que as entrevistas foram realizadas, uma parte destes enfermeiros chefes tinham mudado de serviço o que veio, provavelmente aumentar o hiato de informação. Mas, mesmo perante este facto, os relatos evidenciaram a necessidade de se investir mais na comunicação escola/serviço. Como já referimos, dos estudos consultados, são muitos os que referem à necessidade de uma maior aproximação escola/CPC, com necessidade de convergência no que respeita à formação dos EE e à melhoria dos cuidados prestados, e do envolvimento recíproco dos profissionais de ambas as instituições (Amador, 1991; Brun, 1995; Coelho, 2000; Franco, 2000; Edmond, 2001; Carvalhal, 2002; Frias e Barroca, 2002; Longarito, 2002; Mestrinho, 2002; Simões, 2004; Andrade, 2005; Abreu, 2007; Garrido e Simões, 2007; Garrido et al., 2008; Macedo, 2009; Rua, 2009; Borges, 2010).

Por outro lado, as descrições consultadas acerca da implementação das DEU na Austrália e noutros países (Edgecombe et al., 1999; Wotton e Gonda, 2004; Ranse e Grealish, 2007; Miller, 2005; Moscato et al., 2007; Mulready-Shick et al., 2009; Dyess et al., 2010; Mullenbach e Burgraff, 2011; Murray e James, 2011; Maguire et al., 2012), e da CLU no Canadá (Lougheed e Ford, 2005), salientaram a necessidade da existência prévia de um protocolo de implementação escrito e acordado entre as instituições.

Apenas um dos enfermeiros chefes se referiu à necessidade da apresentação dos estudos de caso ser realizada no serviço, o que nos pareceu também uma sugestão interessante na promoção da aproximação interinstitucional. Pensamos que esta postura

do enfermeiro chefe em causa se deveu ao facto de ser o elemento com maior grau académico e maior experiência na docência. Por outro lado, o relato deste enfermeiro chefe acerca da participação na avaliação dos EE, é bem ilustrativo da sua visão como elemento mais controlador, mas também mais interessado, implicado e interventivo. No entanto, deixa transparecer a destituição da função do professor “*não está cá todos os dias*”, pela sua presença menos frequente, deixando aqui como um hiato, um espaço que necessariamente tem de ser analisado à luz do que deverão ser as suas funções e o seu papel em todo o processo. A QAA (2007) e a HWA (2011), no contexto da formação em instituições de saúde, referem-se à necessidade da clarificação das funções de todos os parceiros envolvidos. Longarito (2002), Rua (2009) e Silva et al. (2011) apontam a indefinição de funções entre professor e enfermeiro orientador como uma das dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros orientadores. Também nos estudos de Franco (2000) e Neves (2002) emergiu a necessidade de maior definição destes papéis.

A subcategoria “escola” foi bastante explorada pelos enfermeiros chefes, no sentido daquilo que a escola poderia contribuir para melhorar o desenvolvimento do EC. Os itens referidos foram: presença mais frequente do professor, preparação adequada dos EE, os mais referidos, redução do número de EE no serviço, disponibilização de formação para os enfermeiros, promoção do envolvimento dos enfermeiros. Dois dos relatos evidenciaram a necessidade da presença mais frequente do professor nos serviços, essencialmente, pela ligação que poderia realizar entre as duas instituições e pelo apoio que podia dar na orientação dos EE, parecendo ser um aspeto que deveria ser analisado pelas duas instituições, sobretudo pela escola. A melhor preparação dos EE evidenciou-se mais na área dos comportamentos, pelo que também transpareceu a necessidade de análise e atenção de enfermeiros orientadores e professores. Lembramos que a presença do professor no CPC foi apontada por vários autores (Van Velze, 1991; CASN, 2004; Macedo, 2010) como facilitadora da articulação escola/CPC e em vários estudos as propostas apontaram para uma presença mais assídua do professor e para uma orientação em parceria, como promotoras do desenvolvimento das competências dos EE (Longarito 1999/2002; Coelho, 2000; Carvalho, 2005; Benner et al., 2010).

Na subcategoria “enfermeiro orientador”, os itens abordados foram: adequação de rácio enfermeiro orientador/EE, enfermeiro orientador externo ou não inserido no plano de trabalho, como os mais referidos pelos enfermeiros chefes e, ainda, definição de perfil de enfermeiro orientador, adequação do método de seleção e maior número de enfermeiros orientadores. Como já foi referido nos aspetos negativos, este tema foi

considerado um dos mais problemáticos, sendo que os relatos dos enfermeiros chefes são bem ilustrativos das sugestões para uma acentuada diminuição do rácio e que vão de 1 a 2 EE para cada enfermeiro orientador. Quanto ao rácio enfermeiro orientador/doentes, pareceu subentender-se que se estivesse inserido no plano de trabalho e com 1 a 2 EE atribuídos, poderia ficar com os doentes dos EE, mais os restantes que lhe fossem atribuídos no plano de trabalho. Algumas sugestões foram no sentido de que o enfermeiro orientador fosse externo ao serviço, ou então, no caso de pertencer ao serviço, não estivesse inserido no plano de trabalho. Apenas 1 enfermeiro chefe considerou que, quer o enfermeiro orientador fosse do serviço ou não, desde que não estivesse inserido no plano de trabalho, não deveria ter doentes atribuídos. Pelo menos 2 dos enfermeiros chefes consideraram que o número de enfermeiros orientadores deveria ser aumentado. Apenas 1 dos enfermeiros chefes se opôs a essa possibilidade por considerar que nem todos os enfermeiros tinham perfil para orientar. Nesta perspetiva 2 dos enfermeiros chefes consideraram que seria importante e urgente definir o perfil de enfermeiro orientador e clarificar os critérios de seleção dos enfermeiros orientadores. Apenas 1 dos enfermeiros chefes considerou que a escola não deveria participar nessa seleção, ao contrário de outros 2 enfermeiros que referiram que este processo deveria ser em parceria. Pensamos que os resultados são extremamente reveladores da necessidade de análise, reflexão e intervenção em todos os itens relacionados com o enfermeiro orientador, pelo que consideramos que seria da maior pertinência a análise deste assunto pelas duas instituições envolvidas, escola e hospital, até porque estes aspetos já vinham a ser considerados pelos professores e pela CUEE nas entrevistas exploratórias e pelos enfermeiros orientadores durante o período de observação.

Na subcategoria serviço apenas foi mencionado o item existência de sala própria para os EE, que foi referido por 1 enfermeiro chefe. Se bem que o lugar dos EE seria, obviamente, junto dos doentes, poderiam existir atividades, algumas das quais detetadas no período de observação (ex. elaboração de registos), em que o EE precisava de melhores condições para a sua realização, podendo ser também um espaço mais privado para reuniões do enfermeiro orientador e/ou professor com os EE. Esta constatação pareceu-nos chamar a atenção para a necessidade de se criarem condições para que os EE possam realizar algumas das atividades, assim como, para a necessidade de se ponderar o número de EE em cada serviço e/ou a sua concentração em determinadas alturas do turno e a conseqüente influência no funcionamento do serviço.

3.3 Perceção dos Enfermeiros

No sentido de obtermos a perspetiva dos enfermeiros do HP acerca da presença dos EE dos EC A e B, consideramos importante lançar um questionário. Este instrumento foi lançado *online* aos enfermeiros dos serviços que recebiam EE dos EC mencionados e teve como objetivos: (i) conhecer as perspetivas dos enfermeiros acerca da sua própria formação pessoal e profissional; (ii) identificar as suas motivações relativamente à formação contínua; (iii) conhecer a visão dos enfermeiros acerca do seu papel na formação dos EE em EC; e (iv) identificar as expectativas dos enfermeiros acerca da sua formação contínua e da sua participação na formação dos EE.

Numa primeira fase o questionário foi construído em suporte de papel (ver Anexo X) tendo sido realizado o pré-teste nesse formato a 6 enfermeiros de uma outra instituição de saúde que também recebia EE do ICS, sendo que 3 desses enfermeiros eram orientadores de EE, tal como tínhamos planeado. Através dos resultados do pré-teste verificamos não ser necessário proceder a alterações no modelo de questionário elaborado.

O documento em suporte de papel foi passado para questionário *online*, tendo sido criado um endereço eletrónico para acesso. Foram criados 94 códigos, correspondentes ao total de enfermeiros dos 5 serviços que recebiam EE dos EC A e B, sendo que cada código juntamente com um pequeno texto com algumas informações acerca do preenchimento do questionário (ver Anexo X), foi colocado num envelope fechado para ser posteriormente entregue a cada enfermeiro. A opção pelos códigos individuais esteve relacionada com a necessidade de garantir que o endereço eletrónico em causa fosse utilizado apenas pelos enfermeiros a quem o questionário se destinava. Para além disso, veio a tornar-se necessária também pelo facto de, ao contrário do que previmos inicialmente, não termos obtido autorização para acesso aos endereços eletrónicos dos sujeitos.

O facto de não termos tido acesso aos endereços eletrónicos dos enfermeiros, veio dificultar a divulgação do estudo, dos respetivos objetivos, assim como o apelo e sensibilização para o preenchimento do questionário. Sendo assim e dadas as dificuldades encontradas a este nível, na semana anterior ao lançamento do questionário, optamos por elaborar uma “carta de sensibilização dos enfermeiros” (ver Anexo XI), na qual explicámos o âmbito do nosso estudo, assim como os respetivos objetivos e a colaboração pretendida. Após reunião individual com os enfermeiros

chefes de cada um dos serviços, para explicação dos procedimentos a seguir, entregamos-lhes a carta referida, assim como os códigos de acesso em envelope fechado. Cada enfermeiro chefe ficou responsável por divulgar a carta junto dos enfermeiros do serviço respetivo, sendo que todos os enfermeiros chefes optaram por deixar a carta, depois de lida nas passagens de turno, afixada nas salas de trabalho de cada serviço e alguns, para além desse procedimento optaram por divulgá-la em forma de “tomada de conhecimento” de cada enfermeiro, o que segundo a norma do hospital, envolve a assinatura do mesmo. Para além disso, cada enfermeiro chefe ficou responsável por entregar a cada enfermeiro do seu serviço o envelope fechado com o respetivo código, tendo procedido ao registo da entrega numa lista elaborada para o efeito.

O questionário *online* esteve aberto, tal como previsto, desde as 0 horas do dia 10 de Setembro de 2011 até às 24 horas do dia 24 do mesmo mês, ou seja durante 2 semanas. A opção por este prazo e data prendeu-se com o facto de, por um lado, darmos tempo suficiente para o preenchimento, assim como, incluirmos uma semana da primeira quinzena do mês e outra da segunda quinzena, na eventualidade de alguns enfermeiros ainda estarem de férias, aspeto que foi debatido com os enfermeiros chefes previamente, e que verificamos abranger uma pequena parte dos sujeitos, como se veio a verificar posteriormente.

Durante o período em que o questionário esteve aberto e dado que não tínhamos acesso aos endereços eletrónicos dos enfermeiros para procedermos à sensibilização dos mesmos de uma forma mais direta, deslocamo-nos aos serviços em causa, tendo aproveitado em cada serviço, uma passagem de turno da manhã para a tarde, para apresentação pessoal, divulgação do estudo, sensibilização para a importância da colaboração e disponibilização para esclarecimento de possíveis dúvidas. Este procedimento envolveu a presença em nove passagens de turno, duas em cada serviço uma vez que, com exceção de um dos serviços, todos os outros tinham duas alas com passagens de turno em separado. Durante o período de preenchimento fomos visualizando semanalmente as respostas e procedendo ao esclarecimento de algumas dúvidas de preenchimento que foram colocadas por correio eletrónico, uma vez que na carta de sensibilização tínhamos disponibilizado o nosso endereço eletrónico para esse efeito.

No final do período designado para o preenchimento do questionário passamos por todos os serviços para recolhermos os envelopes que não tinham sido entregues aos

enfermeiros. Sendo assim, dos 94 envelopes deixados com os enfermeiros chefes apenas 13 não foram entregues pelos motivos que a seguir enumeramos: (i) 6 - licença de maternidade; (ii) 4 - baixa por doença; (iii) 2 – licença sem vencimento; e (iv) 1 – licença de férias.

Os envelopes que sobraram foram-nos devolvidos fechados, tal como tinham sido entregues, pelo que pudemos proceder à verificação os códigos não atribuídos. Em síntese apresentamos, no Quadro Número 6 a relação da entrega de códigos por serviço, não nomeando os serviços nem mesmo pela designação fictícia que lhes atribuímos neste trabalho (1,2,3,4 e 5), uma vez que se o fizéssemos, pelo número total de enfermeiros de cada serviço, seria possível associar a designação fictícia adotada ao serviço em causa.

Quadro Número 6 – Relação dos Códigos Entregues/Devolvidos nos Serviços

Serviço	Total de códigos entregue no serviço	Total de códigos entregue aos enfermeiros	Total de códigos devolvidos
Serviço x	29	23	6
Serviço y	15	15	0
Serviço z	19	17	2
Serviço w	18	17	1
Serviço u	9	9	0
Total	90	81	9

Do exposto se depreende que a população dos enfermeiros dos 5 serviços do HP ficou constituída por 81 elementos. Deste total de 81 sujeitos, obtivemos apenas 26 questionários preenchidos, o que representa 32,1% da população, segundo a distribuição que consta no Quadro Número 7.

Quadro Número 7 – Relação de Códigos Entregues e Questionários Preenchidos

Serviço	Total de códigos entregue aos enfermeiros	Questionários preenchidos	
		N	%
Serviço x	23	6	20,7
Serviço y	15	4	26,7
Serviço z	17	5	29,4
Serviço w	17	6	35,3
Serviço u	9	5	55,6
Total	81	26	32,1

Pelo exposto podemos verificar que apenas em 3 dos serviços o número de questionários preenchidos esteve próximo ou ultrapassou os 30% do total de códigos entregues no mesmo.

Para além da fraca adesão ao preenchimento do questionário, verificamos que 14, ou seja 53,8% dos sujeitos se designaram de enfermeiros orientadores de EE do ICS em EC A ou B, facto que mereceu a nossa atenção uma vez que a questão colocada referia-se ao “ano letivo em curso”, que seria o ano 2010-2011 e, nesse ano, o número de enfermeiros orientadores dos EC em causa tinha sido de 12 elementos. No entanto, como o questionário foi lançado já em Setembro, numa altura de transição, pensamos que esse facto poderia ter condicionado os sujeitos a responderem em relação ao ano letivo que estava a iniciar (2011-2012) mas, mesmo tendo em conta este facto, verificamos que o total no 1º semestre era de apenas 4 enfermeiros orientadores, tendo os mesmos colaborado no ano letivo anterior (2010-2011). Fomos então verificar como estavam distribuídos pelos serviços os questionários relativos aos enfermeiros que se tinham designado de orientadores, e constatamos que no caso de dois dos serviços mencionados o número de orientadores declarados foi inferior ao número de enfermeiros orientadores efetivos, enquanto nos restantes serviços o número de orientadores declarados foi superior ao número de enfermeiros orientadores efetivos no ano letivo 2010-2011, o que nos levou a considerar as hipóteses de alguns dos enfermeiros orientadores se terem designado como tal por terem orientado EE nos EC em causa nos anos anteriores, ou por terem orientado EE noutros EC do ICS, não tendo percebido que a questão se referia apenas aqueles EC e ao ano letivo em causa.

Quanto às possíveis razões da não adesão, pensamos que se relacionaram com as dificuldades na divulgação do questionário, a pouca sensibilização dos enfermeiros para a participação em trabalhos de investigação e o período de transição que o HP se encontrava a atravessar. Consideramos que foi bastante difícil proceder à divulgação do questionário de forma mais direta, sem o endereço eletrónico dos enfermeiros, pois pensamos que esta seria mais uma via privilegiada tanto de informação, como de sensibilização e de apelo para o preenchimento. Por outro lado, tendo em conta as características da população de enfermeiros quanto à formação académica e ao seu pouco envolvimento em trabalhos de investigação, pensamos que esse facto possa ter tido repercussões na pouca adesão ao preenchimento. Também, consideramos que possa ter havido alguma desmotivação e indisponibilidade para a participação, relacionadas com o período de mudança do HP ao nível das chefias de enfermagem e ao nível da

dinâmica e organização do trabalho em cada serviço. Para além disso, consideramos significativa a adesão dos enfermeiros orientadores, que pensamos ter ficado a dever-se ao seu maior envolvimento e proximidade com o ICS, em relação aos restantes enfermeiros da equipa.

Apresentaremos em seguida os resultados do questionário, segundo os 3 domínios que constam do mesmo e pela ordem de apresentação das questões.

A - Caracterização da amostra

Neste domínio verificamos que a idade de 15 (57,7%) dos 26 enfermeiros inquiridos, localizava-se nos grupos etários dos 31-35 e 36-40 anos. A maioria dos enfermeiros era do género feminino (80,8%). Metade dos enfermeiros exercia funções num período entre 11-15 anos. A maioria dos enfermeiros (96,2%) detinha contrato individual de trabalho sem termo na instituição. Quanto à categoria profissional, 15 (57,7%) dos enfermeiros eram generalistas e 10 (38,5%) eram residentes, e apenas um detinha a categoria de enfermeiro sénior. Como já foi referido, 14 enfermeiros (53,8%) referiram terem experiência de orientação de EE no EC A ou B do ICS. Quanto à formação académica pós-graduada, verificamos que 7 dos enfermeiros (26,9%) possuíam pós-graduações, sendo que 6 deles (23,1%) na área da saúde e, destes, apenas 3 (11,5%) na área da enfermagem, tal como consta no Quadro Número 8.

Quadro Número 8 – Distribuição da Amostra Relativamente a Formação Académica Pós-graduada

Outras formações académicas – Pós-Graduações	Número de enfermeiros
Supervisão Clínica em Enfermagem	2
Administração dos Serviços de Enfermagem	1
Avaliação e Intervenção em Feridas	1
Gestão e Administração Hospitalar	1
Psicogeriatria	1
Orientação Educativa com Especialização em Educação Sexual	1
Total	7

B – Perceções e expectativas relativamente à formação

Quanto ao grau de importância atribuído à formação contínua para o seu desempenho profissional, 17 enfermeiros (65,4%) consideraram muito importante e 8 (30,8%) extremamente importante. No que respeita à motivação em relação ao investimento na sua formação profissional podemos considerar que, globalmente, os enfermeiros estavam motivados, embora, 15 (57,7%) estivessem moderadamente motivados, 7 (26,9%) muito motivados e apenas 1 (3,8%) extremamente motivado.

Procuramos identificar a existência de alguma relação entre os 2 itens anteriores, pelo que realizamos o respetivo cruzamento.

Quadro Número 9 – Relação entre o Grau de Importância Atribuído pelos Enfermeiros à Formação Contínua e a Motivação para a Formação

Grau de importância que atribui à formação contínua para o seu desempenho profissional	Motivação em relação ao investimento na sua formação profissional				Total
	Extremamente motivado	Muito motivado	Moderadamente motivado	Pouco motivado	
Extremamente importante	1	3	4	0	8
Muito importante	0	4	11	2	17
Moderadamente importante	0	0	0	1	1
Total	1	7	15	3	26

Da análise do Quadro Número 9 verificamos que, dos 8 enfermeiros que atribuíram extrema importância à formação contínua, todos estavam motivados para investirem na sua formação, embora 4 estivessem apenas moderadamente motivados. Dos 17 que consideraram a formação muito importante, a maioria (11) estava moderadamente motivado, 4 muito motivados e 2 pouco motivados. O único elemento que considerou a formação moderadamente importante também estava pouco motivado para investir na mesma. Estes resultados revelam que nem sempre a motivação para o investimento na formação contínua dos enfermeiros da amostra, varia de forma proporcional com o grau de importância atribuída à mesma, podendo a motivação estar também relacionada com outros fatores. Quanto à formação que os enfermeiros estavam a frequentar na altura do preenchimento do questionário, verificamos que apenas 4 (15,4%) enfermeiros se encontravam a frequentar formação académica em instituição de ensino superior, não tendo havido referências à frequência de outros tipos de formação. Constatamos que 10 (38,5%) dos enfermeiros tinham intenção de frequentar algum tipo de formação no ano letivo seguinte, sendo que 8 (30,8%) pretendiam formações na área da saúde e, destes, 5 (19,2%) pretendiam frequentar formação na área de enfermagem.

Quadro Número 10 - Áreas de Interesse ou Formação Procurada pelos Enfermeiros

Temas	Áreas de Interesse ou Formação procurada	Número de Referências
Não procura formação		2
Enfermagem	Supervisão Clínica	6
	Educação	2
	Enfermagem de Reabilitação	4
	Enfermagem Médico-Cirúrgica (especialidade)	1
	Enfermagem Obstétrica (especialidade)	1
	Enfermagem Pediátrica (especialidade)	1
	Enfermagem (em geral)	2
	Atendimento do Utente	2
	Gestão em Enfermagem	2
	Instrumentação Cirúrgica	2
	Comunicação na Equipa de Enfermagem	1
Outras Áreas da Saúde	Gestão em Saúde	6
	Sexualidade	3
	Anestesia	2
	Dor (tratamento e controlo)	2
	Feridas	2
	Comunicação Interdisciplinar	1
	Controle de Infecções	1
	Higiene e Segurança no Trabalho	1
	Psicologia	1
	Psiquiatria	1
	Saúde Comunitária	1
Outras Áreas	Inglês	2
	Informática	2
	Desenvolvimento humano	1
Total		50

Quanto às áreas de interesse ou tipo de formação procurada pelos enfermeiros, através da análise do Quadro Número 10, verificamos que apenas 2 enfermeiros não procuravam formação. Dos restantes verificamos alguma concordância com os resultados da questão anterior (“formação que pensa frequentar no próximo ano letivo”). Constatamos que existiram 24 referências a áreas no âmbito da enfermagem, com 6 referências à supervisão clínica e 7 referências a áreas de especialidade. Quanto a outras áreas da saúde, registamos 21 referências com predominância da gestão em saúde, com 6 referências. No âmbito de outras áreas registamos 5 referências, as quais foram relativas à formação em inglês e informática, tendo apenas registado 1 referência ao desenvolvimento humano.

Quanto à correspondência às expectativas dos enfermeiros da formação promovida pela instituição/serviço, a maioria, 17 (65,4%) respondeu negativamente. No que respeita aos motivos da não correspondência, verificamos que se concentraram no facto de considerarem a formação repetida e com pouco interesse e aplicabilidade prática, assim como, por ser pouco específica e adaptada à realidade das equipas e dos serviços. A este respeito, para melhor ilustração, transcrevemos alguns excertos das respostas dadas:

- Formação repetida - *“Porque só são reciclagens das já efetuadas”* (Enf. 1); *“Apenas são efetuadas as formações de carácter obrigatório necessárias à certificação”* (Enf. 4); *“Formações desmotivantes [...] sempre os mesmos temas e da mesma forma”* (Enf. 5);

- Não adaptada à realidade da equipa e do serviço – *“Falta de um plano de formação adequado às necessidades de formação”* (Enf. 4); *“Não se traduz na melhoria efetiva [...] dos cuidados”* (Enf. 7); *“Pouco abrangentes e instrutivas sobre áreas de reduzida necessidade”* (Enf. 10);

- Ausência de incentivos à formação – *“Nenhum incentivo profissional e de evolução na carreira pela instituição, como ponto motivador na formação intra-hospitalar e extra-hospitalar”* (Enf. 10);

- Não aproveitamento dos enfermeiros que têm formação – *“A discussão de ideias é muito importante e vantajosa. Podia haver mais rentabilização da formação dos colegas em algumas áreas [...]”* (Enf. 13).

Relativamente à participação dos enfermeiros no planeamento das ações de formação na instituição/serviço, verificamos que 14 enfermeiros (53,8%), portanto mais de metade, referiram que não participaram. No que respeita à sua participação como elementos formadores nas ações de formação no ano 2010, verificamos que 17 enfermeiros (65,4%), ou seja, a maioria não participou.

Quanto à produção científica dos enfermeiros nos últimos 5 anos, verificamos:

- Comunicações – 6 (23,1%) enfermeiros tinham elaborado pósteres, 5 (19,2%) enfermeiros tinham realizado comunicações livres e 5 (19,2%) enfermeiros tinham participado em conferências/palestras a convite;

- Publicações – apenas 2 (7,7 %) enfermeiros tinham publicações científicas – 1 livro e 4 artigos;

- Trabalhos de investigação – 6 (23,1%) enfermeiros referiram terem participado, sendo que 3 (11,5%) enfermeiros participaram como investigadores principais e 3 (11,5%) como colaboradores.

C – Perceções e expectativas relativamente aos Ensinos Clínicos

No que se refere ao grau de importância atribuída ao seu desempenho na formação dos EE, elaboramos o Quadro Número 11.

Quadro Número 11- Distribuição da Amostra Segundo o grau de Importância do Desempenho do Enfermeiro na Formação dos EE

Grau de importância do seu desempenho como enfermeiro na formação dos EE	Orientou EE nos EC A ou B		Total
	Sim	Não	
Extremamente importante	3	4	7
Muito importante	11	7	18
Moderadamente importante	0	1	1
Total	14	12	26

Através da análise do quadro anterior, verificamos que 18 enfermeiros (69,2%), ou seja a maioria, consideraram muito importante e 7 (26,9%) consideraram que era extremamente importante. Apenas 1 dos enfermeiros considerou que era moderadamente importante. Verificamos também que, globalmente, a importância atribuída não se relacionava de forma significativa com o facto de terem ou não orientado EE. Relativamente ao grau de conhecimento da filosofia da instituição de ensino e do curso de proveniência dos EE, 23 enfermeiros (88,46%) afirmaram terem conhecimento, dos quais 12 (46,2%) em grau elevado, 8 (30,8%) mediano e 3 (11,5%) pleno. Também verificamos alguma relação entre o maior grau de conhecimento e a experiência de orientação de EE (Quadro Número 12).

Quadro Número 12 - Distribuição da Amostra Segundo o Grau de Conhecimento da Filosofia da Instituição de Ensino e do Curso ao qual os EE Pertencem

Grau de conhecimento da filosofia da Instituição de Ensino e do Curso ao qual os EE pertencem	Orientou EE do EC A ou B		Total
	Sim	Não	
Pleno	2	1	3
Elevado	10	2	12
Mediano	2	6	8
Pouco	0	2	2
Nenhum	0	1	1
Total	14	12	26

No que respeita ao grau de conhecimento relativamente aos aspetos gerais do EC, elaboramos o Quadro Número 13.

Quadro Número 13 - Distribuição da Amostra Segundo o Grau de Conhecimento em Relação aos Aspetos Gerais do EC

Grau de conhecimento em relação aos aspetos gerais do EC	Orientou EE dos EC A ou B		Total
	Sim	Não	
Pleno	3	0	3
Elevado	9	2	11
Mediano	2	8	10
Pouco	0	1	1
Nenhum	0	1	1
Total	14	12	26

Através da análise do quadro anterior, verificamos uma distribuição maioritária dos enfermeiros entre o grau elevado, com 11 sujeitos (42,3%) e o grau mediano, com 10 (38,5%) sujeitos. Também neste item observamos relação significativa entre o maior grau de conhecimento com o facto de ter orientado EE em EC.

Quanto ao grau de satisfação dos enfermeiros orientadores, verificamos que 10 (71,4%) dos enfermeiros que orientaram EE se sentiam muito satisfeitos com a sua prestação, e 4 (28,4%) razoavelmente satisfeitos. Relativamente ao grau de motivação para colaborar como orientador, tal como se pode verificar no Quadro Número 14, a maioria 12 (85,7%) referiu motivação, embora com graus diferentes.

Quadro Número 14 - Grau de Motivação dos Enfermeiros que Orientaram EE para Colaborarem como Orientadores

Grau de motivação para colaborar como orientador	Orientou EE no EC A ou B	
	Sim	%
Extremamente motivado	5	35,7
Muito motivado	3	21,4
Moderadamente motivado	4	28,6
Pouco motivado	2	14,3
Total	14	100,0

No que respeita ao grau de conhecimento dos enfermeiros que não orientaram EE, em relação à sua função/papel na orientação informal dos mesmos, verificamos que 11 (91,7%) aludem um grau elevado e moderado de conhecimento relativamente a essa função. Quanto ao seu grau de motivação para colaborarem na orientação informal dos

EE, verificamos, tal como consta no Quadro Número 15, que a maioria dos enfermeiros em causa se encontrava motivada, sendo que apenas 1 (8,3%) referiu não estar motivado.

Quadro Número 15 - Grau de Motivação dos Enfermeiros que não Orientaram EE para Colaborarem na Orientação Informal dos EE

Grau de motivação	N	%
Extremamente motivado	1	8,3
Muito motivado	8	66,7
Moderadamente motivado	2	16,7
Nada motivado	1	8,3
Total	12	100,0

Relativamente ao grau de motivação dos enfermeiros que não orientaram EE, para colaborarem como orientadores, 10 (88,4%) manifestaram estar muito e moderadamente motivados, caso fossem solicitados (Quadro Número 16).

Quadro Número 16 - Grau de Motivação dos Enfermeiros que não Orientaram EE para Colaborarem como Orientadores

Grau de motivação	N	%
Muito motivado	4	33,4
Moderadamente motivado	6	50,0
Pouco motivado	1	8,3
Nada motivado	1	8,3
Total	12	100,0

Na última questão, foi solicitado aos enfermeiros que, em relação aos EC A ou B, mencionassem por ordem decrescente de importância, no máximo, 3 aspetos positivos e 3 aspetos a melhorar. Através da leitura das respostas dadas, consideramos que as mesmas se agrupavam em 3 temas ou categorias principais: doente, serviço/equipa, e EE. Optamos por elaborar quadros respeitantes aos aspetos positivos e aos aspetos a melhorar, segundo o grau de importância e tendo em conta as categorias mencionadas. As percentagens apresentadas foram calculadas em função do total de enfermeiros que respondeu em cada grau de importância. Consideramos pertinente, no decurso do texto relativo aos resultados, transcrever na íntegra todas as expressões mais alongadas utilizadas nas respostas dadas pelos enfermeiros e que não seria prático

enquadrar nos quadros elaborados, constituindo também um forma de melhor ilustrar os resultados.

No que diz respeito aos **aspetos positivos** verificamos que 2 dos enfermeiros (7,7%) não indicaram qualquer aspeto positivo, tendo respondido “*Nada a referir*”, sendo que no primeiro grau de importância obtivemos respostas de 24 enfermeiros, tal como consta no Quadro Número 17.

Quadro Número 17 - Aspetos Positivos Referidos pelos Enfermeiros em Primeiro Grau de Importância

Categoria	Subcategoria	Itens	Número de enfermeiros
Doente	Melhor acompanhamento	“Acompanhamento personalizado do doente”	1
		“Contacto dos EE com o doente”	1
	Maior disponibilidade	“Disponibilidade do EE para os doentes”	1
	Maior satisfação	“Maior satisfação do doente pela disponibilidade e atenção do EE”	1
Serviço/equipa	Atualização e partilha de conhecimentos	“Aprendizagem mútua de novas técnicas e conhecimentos”	2
		“Conhecimentos atualizados”	4
		“Novas perspetivas e abordagens de situações comuns no serviço”	1
		“Novos desafios”	1
		“Partilha de conhecimentos”	3
		“Presença de novas ideias”	1
		“Promove o estudo e a atualização”	1
Melhoramento da prática profissional	“Aperfeiçoamento de novas técnicas em geral”	1	
	“Necessidade de perfeição e de reflexão”	1	
Preparação serviço para EC	“Organização do serviço para receber os EE”	1	
EE	Atitude dos EE	“Motivação, empenho e colaboração dos EE”	1
	Formação em contexto real	“Formação em contexto prático e real dos EE”	1
		“Conhecimento da realidade hospitalar”	1
		“Patologias variadas na área da reabilitação com possibilidade de acompanhamento por especialistas “	1
TOTAL ENFERMEIROS			24

Através da análise do quadro anterior, verificamos que as respostas se concentraram na categoria “Serviço/equipa”, com um total de 16 (66,7%)⁹ enfermeiros. Nesta categoria identificamos as subcategorias: “Atualização e partilha de

⁹ Percentagem em relação ao total de 24 enfermeiros.

conhecimentos”, com o maior número de enfermeiros, 14 (58,3%), “Melhoramento da prática profissional” e “Preparação do serviço para o EC”. Na subcategoria “Melhoramento da prática profissional”, um dos enfermeiros considerou que o seu desempenho melhorava - *“Eu próprio corrijo alguns erros que cometo e tento aperfeiçoar-me, não só a nível técnico, mas também a nível teórico”* (Enf.21). Apenas 4 enfermeiros (16,7%) fizeram referência às vantagens que a presença dos EE tinha para o doente, num acompanhamento mais próximo, na maior disponibilidade para os doentes e na maior satisfação dos mesmos. Somente 1 enfermeiro (4,2%) se referiu à motivação, colaboração e empenho dos EE como fator positivo do EC, e 3 enfermeiros (12,5%) às vantagens para os EE decorrentes do facto de contactarem com o CPC.

No que respeita aos aspetos positivos referidos em segundo grau de importância, elaboramos o Quadro Número 18.

Quadro Número 18 - Aspetos Positivos Referidos pelos Enfermeiros em Segundo Grau de Importância

Categoria	Subcategoria	Itens	Número de enfermeiros		
Doente	Melhor acompanhamento	“Comunicação com o doente” “Maior acompanhamento a nível emocional do doente” “Mais tempo para realizar ensinamentos/família”	1 1 1		
	Maior satisfação	“Maior satisfação dos doentes (atenção, vigilância e cuidados)”	1		
Serviço/equipa	Atualização e partilha de conhecimentos	“Novos conhecimentos” “Troca de conhecimentos” “Relembrar profissionais conceitos/técnicas” “Espírito crítico”	1 1 1 1		
		Promoção da formação dos enfermeiros	“Motivação para pesquisa contínua de conhecimentos” “Incentivo para a formação dos profissionais”	2 1	
			Colaborar na formação dos EE	“Colaborar no processo de formação de novos enfermeiros” “Relacionamento com novos futuros colegas”	1 1
		EE		Integração teoria/prática	“Aquisição de conhecimentos teórico-práticos por parte dos EE” “Aplicar conhecimentos na prática” “Confronto entre os conceitos teóricos e académicos e a sua real implementação em contexto clínico”
	TOTAL ENFERMEIROS		16		

Relativamente ao segundo grau de importância verificamos, através do quadro anterior, que as respostas incidiram sobre as mesmas categorias, embora o número total

de enfermeiros a responder tenha sido de 16, ou seja, inferior ao grau de importância anterior. O maior número de respostas continuou a incidir na categoria “Serviço/equipa”, num total de 9 enfermeiros (56,3%¹⁰). Dentro desta categoria, tal como no grau de importância anterior, o maior número de respostas incidu na “Atualização e partilha de conhecimentos”, com 4 enfermeiros (25%) e, também, foram identificadas novas subcategorias, como a “Promoção da formação dos enfermeiros” com 3 enfermeiros (18,8%) e “Colaborar na formação dos EE” com 2 (6,3%). Na categoria “Doente”, mantiveram-se as subcategorias de melhor acompanhamento e satisfação dos doentes, com um número semelhante de respostas em relação ao grau de importância anterior. Na categoria “EE”, identificamos uma única subcategoria “Integração teoria/prática”, com 3 enfermeiros (18,8%).

Relativamente aos aspetos mencionados em terceiro grau de importância, elaboramos o Quadro Número 19.

Quadro Número 19 - Aspetos Positivos Referidos pelos Enfermeiros em Terceiro Grau de Importância

Categoria	Subcategoria	Itens	Número de enfermeiros
Doente	Acompanhamento do doente	<i>“Relação de ajuda”</i>	1
Serviço/equipa	Atualização e partilha de conhecimentos	<i>“Troca de experiências”</i>	2
		<i>“Atualização de matérias”</i>	1
		<i>“Partilha de conhecimentos e atualização dos mesmos entre profissionais e EE”</i>	1
		<i>“Partilha de experiências (comunicação interpessoal numa dimensão de cuidar)”</i>	1
		<i>“Atualização permanente das temáticas, políticas educativas e objetivos gerais da enfermagem”</i>	1
	Melhoria na prestação de cuidados	<i>“Reflexão pessoal na prestação de cuidados”</i>	1
		<i>“Melhor flexibilidade e dinâmica por parte da equipa de enfermagem”</i>	2
EE	Autonomia dos EE	<i>“Aquisição de autonomia dos EE”</i>	1
TOTAL ENFERMEIROS			11

Da observação do quadro anterior verificamos que as respostas incidiram sobre as mesmas categorias dos graus anteriores, sendo o número de enfermeiros que responderam inferior aos graus de importância anteriores, num total de 11. O maior número de respostas continuou a concentrar-se na categoria “Serviço/equipa”, com 8

¹⁰ Percentagem em relação ao total de 16 enfermeiros.

(81,8%¹¹) enfermeiros, continuando a predominância da subcategoria “Atualização e partilha de conhecimentos”, com 6 (54,6%) enfermeiros, tendo-se identificado uma nova subcategoria, a “Melhoria na prestação de cuidados”, com 3 enfermeiros (27,3%), evidenciada pela expressão de que a presença dos EE contribuía para a promoção da reflexão no seio da equipa e para a melhor dinâmica e organização da mesma. Na categoria “Doente”, verificou-se apenas a subcategoria “Melhor acompanhamento do doente”, já mencionada nos graus anteriores, com um novo item “Relação de ajuda”, com apenas 1 enfermeiro. Na categoria “EE”, também se identificou apenas uma subcategoria com um único item relativo ao facto de o EC promover a autonomia dos EE.

No que se reporta aos **aspetos a melhorar**, dos 26 enfermeiros, 3 (11,5%) não apontaram nenhum aspeto negativo e a resposta de 1 enfermeiro não foi considerada válida por ser impercetível. Assim, no primeiro grau de importância obtivemos respostas de 22 enfermeiros, tendo-se verificado que as mesmas se concentraram em torno de 3 categorias: enfermeiro orientador, organização do EC e EE (Quadro Número 20).

¹¹ Percentagem em relação ao total de 11 enfermeiros.

Quadro Número 20 - Aspetos a Melhorar referidos pelos Enfermeiros em Primeiro Grau de Importância

Categoria	Subcategoria	Itens	Número de enfermeiros
Enfermeiro orientador	Enf. orientador inserido no plano de trabalho	“Estar de serviço e com EE ao mesmo tempo	4
	Formação de enf. orientadores	“Formação dos enfermeiros orientadores de EC”	1
Organização do EC	Planeamento do EC	“Diminuir o número de pausas no EC”	1
		“Número exagerado de EE”	2
		“Organização dos EE”	1
	Comunicação com o serviço	“Reunião prévia de preparação do EC”	1
		“Mapa de presença dos EE”	1
	Acompanhamento dos EE	“Presença do Professor”	1
	“Acompanhamento dos EE”	1	
EE	Preparação dos EE	“Preparação dos EE”	1
		“Conhecimentos teóricos e práticos dos EE”	1
		“Preparação em destreza e assertividade”	1
		“Desenvolver e melhorar a linguagem das notas de enfermagem”	1
	Desempenho dos EE	“Atitude e postura de alguns EE”	2
		“Iniciativa dos EE”	1
		“Planos de cuidados / prioridades clínicas”	1
		“Realização de ensinios ao doente e família para regresso a casa”	1
TOTAL DE ENFERMEIROS			22

Através da análise do quadro anterior, verificamos que a maior predominância de respostas verificou-se na categoria “EE”, com 9 (40,9%¹²) enfermeiros, seguida das categorias “Organização do EC” e “Enfermeiro orientador”, com 8 (36,4%) e 5 (22,7%) enfermeiros, respetivamente. Constatamos ainda que na categoria “EE” as respostas concentraram-se à volta de duas subcategorias, com idêntica intensidade, “Preparação” e “Desempenho dos EE”, ao nível dos conhecimentos, da destreza manual, e das atitudes, tendo tido neste último item a referência de 2 (9,1%) enfermeiros. Um dos enfermeiros referiu-se à má preparação dos EE, considerando que os mesmos deveriam possuir uma preparação prévia mais específica - *“Os EE vêm mal preparados, carecendo de um pré-estágio”* (Enf.17). A “Organização do EC” foi outra das categorias mais mencionadas pelos enfermeiros, que focaram aspetos desde o planeamento do EC, passando pela comunicação com o serviço e acompanhamento dos

¹² Percentagem em relação ao total de 22 enfermeiros.

EE. Na subcategoria “Planeamento do EC” o número excessivo de EE nos serviços foi focado por 2 enfermeiros, sendo que um deles se referiu às consequências desse facto, referindo - *“Número exagerado de EE, o que torna os EC pouco proveitosos e poucos em oportunidades de aprendizagem”* (Enf.10). Na subcategoria “Acompanhamento dos EE” destaca-se a referência à necessidade da presença mais frequente do professor no CPC, como orientador dos EE e, também, como agente de articulação entre a escola e o CPC, tal como se ilustra a seguir - *“presença de um elemento docente diariamente no serviço, que faça a ponte instituição/enfermeiro orientador e os objetivos académicos”* (Enf. 14). Dentro da categoria “Enfermeiro orientador”, embora tenha sido focada por 1 (4,6%) enfermeiro a necessidade de “Formação dos enfermeiros orientadores”, destaca-se a referência à subcategoria “Enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho” que colheu referências por parte de 4 (18,2%) enfermeiros, cujos alguns excertos consideramos pertinentes referir na íntegra:

- *“Estar de serviço e com EE ao mesmo tempo, não se dá a devida atenção aos EE, principalmente quando são grupos de 7 ou mais”* (Enf 6);

- *“Face ao rácio enfermeiro/doentes, o ICS deveria contratar e seleccionar os orientadores, e estes seriam enfermeiros do serviço que ficariam supranumerários”; o facto de hoje em dia ser feito em horário laboral reduz o tempo dedicado aos EE”* (Enf. 18).

Relativamente aos aspetos a melhorar em segundo grau de importância, o total de enfermeiros que respondeu foi de 14, sendo que as respostas se concentraram nas mesmas categorias mencionadas no grau anterior (Enfermeiro orientador, Organização do EC e EE), embora com uma ligeira variação no que respeita ao número de enfermeiros que responderam em cada uma delas (Quadro Número 21).

Quadro Número 21 - Aspetos a Melhorar Referidos pelos Enfermeiros em Segundo Grau de Importância

Categoria	Subcategoria	Itens	Número de enfermeiros
Enfermeiro orientador	Enf. orientador inserido no plano de trabalho	“Estar destinado apenas à orientação dos EE”	1
	Seleção de enf. orientadores	“Seleção criteriosa de enfermeiros orientadores”	1
Organização do EC	Planeamento do EC	“Definição clara dos objetivos do EC desde o início”	1
		“Diminuir o número de trabalhos para a Escola, aumentando a disponibilidade para o EC”	1
		“Disponibilidade dos EE”	1
		“Organização/Orientação dos EE no serviço”	1
	Relação interinstitucional	“Investimento na relação Hospital/Escola”,	2
“Projetos de intervenção como sugestões de melhoria dos cuidados”		1	
EE	Preparação dos EE	“Conhecimentos básicos”	1
		Aprofundamento dos conhecimentos teóricos dos EE	1
		“Conhecimento na de elaboração de objetivos específicos para o EC”	1
	Desempenho dos EE	“Assepsia médica”	1
		“Demonstração de interesse no EC por parte dos EE”	1
TOTAL DE ENFERMEIROS			14

A “Organização do EC” foi a categoria que foi mencionada pelo maior número de enfermeiros 7 (50%¹³), seguida da categoria “EE”, com 5 enfermeiros (35,7%) e, por último, a categoria “Enfermeiro orientador”, apenas com respostas de 2 (14,3%) enfermeiros. Na “Organização do EC”, para além do subtema “Planeamento do EC” com 4 enfermeiros (28,6%), identificamos uma nova subcategoria em relação ao grau de importância anterior, que designamos de “Relação interinstitucional” com respostas de 3 enfermeiros (21,4%), com 1 referência a projetos de intervenção para a melhoria dos cuidados e 2 referências ao incremento da relação hospital/escola, tendo um dos enfermeiros referido que se deveria *“continuar a investir na partilha e na relação hospital/escola, quer na participação nas OT do professor, quer nas reuniões mensais na escola (formação interna de docentes)”* (Enf. 19).

¹³ Percentagem relativa ao total de 14 enfermeiros

Os aspetos relacionados com os EE continuaram a ser muito focados, não só quanto ao seu desempenho, mas sobretudo, quanto à sua preparação para o EC, tal como no grau de importância anterior, apenas que neste grau incidiu mais no nível dos conhecimentos. Na categoria “Enfermeiro orientador” identificamos neste grau de importância uma nova subcategoria, “Seleção de enfermeiros orientadores”, com apenas 1 resposta, mantendo-se a subcategoria “Enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho”, também com 1 referência, em que o enfermeiro em causa considerou que o enfermeiro orientador *“devia estar destinado apenas à orientação dos EE, era mais gratificante quer para os EE, quer para o próprio profissional”* (Enf. 22).

Quanto às respostas atribuídas em terceiro grau de importância, verificamos que corresponderam a um total de 9 enfermeiros (Quadro Número 22).

Quadro Número 22 - Aspetos a Melhorar Referidos pelos Enfermeiros em Terceiro Grau de Importância

Categoria	Subcategoria	Itens	Número de enfermeiros
Enfermeiro orientador	Participação na avaliação dos EE	<i>“Participação dos enfermeiros orientadores na nota final do EE”</i>	1
	Formação de enf. orientadores	<i>“Formação dos enfermeiros orientadores”</i>	1
Organização EC	Planeamento do EC	<i>“Carga horária do EC”</i>	1
	Avaliação do EC	<i>“Reuniões/avaliações intercalares”</i> <i>“Simplificar o guia de avaliação do EC”</i>	1 1
EE	Desempenho dos EE	<i>“Aceitação e respeito pela hierarquia por parte dos EE”</i>	1
		<i>“Rigor quanto à postura e conduta do EE em EC”</i>	1
		<i>“Gasto elevado de material”</i>	1
	Preparação dos EE	<i>“Conhecimento da ética e da deontologia profissional “</i>	1
TOTAL DE ENFERMEIROS			9

Os itens abordados continuaram a concentrar-se nas 3 categorias identificadas nos graus de importância anteriores, verificando-se maior incidência na categoria “EE” com respostas de 4 (44,4%¹⁴) enfermeiros, seguida de “Organização do EC”, com 3 (33,3%) enfermeiros e, por último, tal como nos graus de importância anteriores, a categoria “Enfermeiro orientador” com referências de 2 (22,2%) enfermeiros.

¹⁴ Percentagem relativa ao total de 9 enfermeiros.

Continuamos a verificar que na categoria “EE” são referidas lacunas na preparação dos mesmos, sobretudo no seu desempenho, com especial destaque para as atitudes. Na categoria “Organização do EC” verifica-se a referência ao “Planeamento do EC”, mas foi identificado um novo subtema em relação aos graus de importância anteriores, “Avaliação em EC”, como aspeto a melhorar. O mesmo se verificou na categoria “Enfermeiro orientador” em que, apesar da formação dos enfermeiros orientadores ter tido a referência de 1 enfermeiro, foi também focada a necessidade de maior participação do enfermeiro orientador na avaliação dos EE.

Síntese, Interpretação e Discussão dos Resultados

Quanto à visão e expectativas dos enfermeiros em relação à sua formação e ao seu papel na orientação dos EE, poderemos afirmar: (i) apesar da maioria dos enfermeiros não possuir formação pós-graduada, os mesmos atribuíram grande importância à formação contínua para o seu desempenho profissional; (ii) a maioria dos enfermeiros encontrava-se motivada, embora de forma moderada, em relação ao investimento na sua formação profissional, não se registando contudo, relação proporcional entre a importância atribuída à formação e a motivação para o investimento na mesma; (iii) apenas um pequeno número de enfermeiros manifestou intenção de frequentar formação no ano letivo seguinte, sendo que com exceção de um, todos pretendiam formação na área da saúde e, destes, a maioria na área da enfermagem; (iv) as áreas de interesse dos enfermeiros situaram-se maioritariamente no âmbito da enfermagem, embora uma grande percentagem também procurasse formação noutras áreas da saúde; de registar que, embora alguns dos enfermeiros tivessem manifestado interesse relativamente a temas relacionados com o atendimento e comunicação com o doente e comunicação na equipa, apenas um referiu interesse na área do desenvolvimento humano; (v) a maioria dos enfermeiros considerou que a formação promovida pela instituição/serviço não correspondia às suas expectativas, sendo que os motivos se concentraram no facto de considerarem a formação repetitiva e com pouca aplicabilidade prática; a maioria referiu não ter participado nem no planeamento nem como formadores nas ações de formação em causa; (vi) a produção científica era pouco relevante, embora alguns dos enfermeiros tivessem participado em comunicações e trabalhos de investigação; (vii) a maioria dos enfermeiros referiu atribuir grande importância ao seu desempenho na formação dos EE em EC, assim como ter conhecimento acerca da filosofia da instituição de ensino, do curso ao qual os

EE pertenciam, e dos aspetos gerais relativos aos EC em causa, sendo que pareceu existir alguma relação entre o maior grau de conhecimento e o facto de ter orientado EE; (viii) a maioria dos enfermeiros orientadores referiu estar satisfeito com o seu desempenho e motivada para continuar a colaborar nessa função; e (ix) a maioria dos enfermeiros que não orientaram EE referiu ter conhecimento em relação à sua função/papel na orientação informal dos EE em EC e estar motivada para esse tipo de orientação, assim como para colaborar como orientador em caso de solicitação.

Quanto aos aspetos positivos e a melhorar identificados pelos enfermeiros e decorrentes da presença de EE dos EC A e/ou B, verificamos: (i) homogeneidade quanto aos itens mencionados nos vários graus de importância; (ii) predominância de referências positivas sobre atualização e partilha dos conhecimentos dos enfermeiros e nos consequentes benefícios para a equipa e para o serviço decorrentes da presença de EE; (iii) alguma expressividade quanto aos benefícios para os doentes, decorrentes de um acompanhamento mais próximo e individualizado dos mesmos por parte dos EE; (iv) predominância de referências quanto a lacunas na preparação dos EE, com destaque para os conhecimentos, assim como quanto ao seu desempenho, com destaque para as atitudes; (v) alguma predominância de referências negativas quanto à organização do EC, sobretudo ao número excessivo de EE nos serviços, sendo também referidas lacunas no planeamento, na comunicação entre a escola e o serviço, e ao nível da avaliação e acompanhamento dos EE, com necessidade de presença mais assídua do professor no CPC; e (vi) globalmente, poucas referências relativas à categoria “Enfermeiro orientador”, comparativamente com as restantes categorias identificadas, com apenas referências de 5 enfermeiros relativas ao enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, como aspeto a melhorar.

Dado o número reduzido da amostra de enfermeiros não envolvidos nos EC do ICS, consideramos que os resultados obtidos não se poderão generalizar à população de enfermeiros não orientadores de EE do ICS. Quanto aos enfermeiros orientadores, consideramos que a amostra é representativa.

Os dados obtidos revelaram alguma coincidência com outros resultados no que respeita ao pouco investimento dos enfermeiros na sua formação apesar da importância atribuída e da motivação referida. As razões para tal facto poderão relacionar-se com a pouca disponibilidade quer de tempo quer financeira. Mesmo tendo em conta os conceitos veiculados neste trabalho sobre o valor da aprendizagem experiencial e do saber oriundo da prática, o pouco investimento na formação por parte dos enfermeiros

mereceu a nossa atenção, uma vez que a maioria dos inquiridos era orientador de EE, sendo imprescindível a aposta na sua formação quer profissional, quer sob o ponto de vista pedagógico, como é referido por vários autores e organizações (Catarino, 1994; Benner, 2001; WHO, 2001a; Carvalhal, 2002; CNA, 2004; Fernandes, 2004; Abreu, 2007; Garrido et al., 2008; NMC, 2008; Silveira, 2009; HWA, 2010; Silva, 2010). Também, não existiu valorização da formação a nível do desenvolvimento humano, sobretudo, as competências relacionais que consideramos muito importantes, não só para a prestação de cuidados à pessoa, mas também para a orientação dos EE, sendo aspetos veiculados como fundamentais por vários autores e organizações (Carvalhal, 2002; CNA, 2004; Saarikoski et al., 2005; Abreu, 2007; NMC, 2008; HWA, 2010). Dada a importância da formação dos enfermeiros orientadores, pensamos que este seria um item a analisar pelo ICS na seleção dos mesmos e, como já foi referido, um critério para a orientação de EE em EC.

A não correspondência às expectativas dos enfermeiros da formação promovida pela instituição/serviço foi um dado novo que, obviamente teria de ser analisado pelo HP. Contudo, consideramos que poderia ser um aspeto a contemplar pela parceria, no sentido de que o ICS poderia dar contributos neste âmbito, não só no diagnóstico das necessidades de formação, como na realização das sessões formativas em parceria com os enfermeiros, tal como preconizado por vários autores mencionados anteriormente (Catarino, 1994; Amaral, 1995; Carvalhal, 2002; Mestrinho, 2002; Andrade, 2005; Borges, 2010). Desta forma, poderia contribuir também para a promoção da reflexão acerca das práticas e para a aproximação entre o modelo em uso e o modelo exposto, tal como é defendido por Schön (1983/1989) e Boud et al. (1985/2011).

A motivação manifestada para a orientação dos EE, convergiu com os dados da observação dos CPC, mas não coincidiu com a perspetiva dos professores e dos enfermeiros chefes. Consideramos positivo e fundamental a existência de motivação dos enfermeiros orientadores para a supervisão dos EE.

Constatamos que os aspetos positivos mencionados coincidiram com os achados das entrevistas realizadas aos enfermeiros chefes e confirmam a importância e o benefício que a presença dos EE pode significar para estes CPC. Os dados relativos aos défices de preparação e desempenho dos EE, e alguns dados relativos à organização do EC também coincidem com os dados recolhidos através das entrevistas aos enfermeiros chefes. Pensamos que a abordagem dos itens anteriormente mencionados por parte dos enfermeiros está relacionada com a predominância de enfermeiros orientadores na

amostra, evidenciando a necessidade de maior atenção por parte da escola à preparação dos EE e de maior comunicação com os enfermeiros orientadores.

3.4 Visão dos Professores

A perspectiva dos professores compreendeu a realização de entrevistas aos 2 professores responsáveis pelo EE dos EC A e B.

No que respeita ao professor do EC B, devido à forma como o mesmo estava planeado, foram realizadas 2 entrevistas áudio-gravadas no ano letivo 2010-2011, uma no final de cada semestre, cuja duração foi de 26 a 55 minutos. A entrevista realizada ao professor do EC A no mesmo ano letivo, também áudio-gravada, teve a duração de 33 minutos.

A análise das entrevistas aos professores seguiu a estrutura dos guiões das entrevistas (ver Anexo XI). Procederemos em seguida à exploração dos resultados obtidos em cada uma das entrevistas em separado (ver Anexo XII), sendo que no final faremos a síntese dos resultados obtidos nas três entrevistas. Para garantir maior preservação do anonimato dos sujeitos, os mesmos serão sempre designados no sexo masculino.

Professor Ensino Clínico B – Entrevista 1

A partir das questões colocadas os dados obtidos centraram-se em vários temas fundamentais: aspetos positivos, aspetos negativos ou dificuldades, concepções acerca da supervisão, desempenho dos enfermeiros orientadores, distribuição dos enfermeiros orientadores, seleção de enfermeiros orientadores, função do professor, realização de OT e expectativas.

Como **aspetos positivos** acerca da forma como correu o EC B no semestre em causa, o professor salientou o funcionamento geral de um dos serviços – *“No serviço x parece funcionar, pelo menos aparentemente, há coerência entre o que nos é referido, eu tenho a perceção dos EE do EC E (último EC hospitalar do CLE) e os EE do EC B, e há coerência entre uns e outros”*. Também fez alusão à *“maleabilidade dos enfermeiros orientadores”* noutro serviço, tendo-se registado uma mudança em termos de aproximação e correspondência dos mesmos relativamente aos objetivos do EC, assim como, relativamente ao método de trabalho – *“Quando chegamos ao serviço y era um serviço muito orientado simplesmente para a tarefa, em que havia muita dificuldade para que os EE tivessem a liberdade para poderem atingir os objetivos [...]”; o percurso*

foi feito [...], mas mesmo aqueles que à partida colocavam mais resistência a outros métodos de trabalho, a outras formas de olhar a realidade que lá estava, mesmo esses fizeram um caminho que nos permite neste momento tirar frutos e colher esses frutos”.

Quanto aos **aspetos negativos ou dificuldades** sentidas durante o período mencionado o professor apontou algumas dificuldades globais, ou seja, comuns aos vários serviços e outras dificuldades mais específicas de determinados serviços.

Quanto às dificuldades globais apontou a pouca disponibilidade dos enfermeiros orientadores para reunirem com o professor, aspeto já mencionado na entrevista exploratória – *“Foi uma das grandes dificuldades conseguir falar com os enfermeiros orientadores, até mesmo para fazer as avaliações, [...] porque é sempre em horário de serviço, nunca é depois do horário do serviço; portanto não há disponibilidade dos enfermeiros orientadores para ser fora do horário do serviço”.* Também se referiu novamente à dificuldade de fazer chegar aos enfermeiros orientadores a informação necessária relativamente aos objetivos do EC e ao tipo de competências que se pretendia desenvolver nos EE, aspeto que na sua opinião era colmatado com a realização de sessões de OT dos EE no hospital, abertas aos enfermeiros orientadores, à semelhança do que se tinha feito no semestre anterior. No semestre em causa as OT ocorreram mais na escola e menos no hospital por aspetos relacionados com os horários do professor e, também, com a menor disponibilidade de espaço no hospital para a sua realização, facto que diminuiu a participação dos enfermeiros orientadores nas mesmas, constituindo, segundo o professor, um dos aspetos negativos. Para além disso, referiu-se novamente à preparação dos enfermeiros orientadores para a função de supervisão de EE em EC, aspeto que na sua opinião condicionava a sua capacidade de criação nos serviços de condições favoráveis à aprendizagem dos EE – *“Essa é a principal crítica que faço relativamente a este modelo, na minha forma de ver ao nível da supervisão há duas ou três questões que devem ser asseguradas: primeiro o supervisor é aquele que assegura um ambiente favorável à supervisão; segundo um supervisor é aquele que tem competências para o ser”.*

No que respeita às dificuldades mais específicas, num dos serviços mencionou o ambiente global do serviço, a interferência do enfermeiro chefe (já referida na entrevista exploratória), a falta de informação e dificuldades no horário dos enfermeiros orientadores. Quanto ao ambiente global do serviço o professor considerou bastante tenso, evidenciando uma relação conflituosa entre os enfermeiros, aspeto que se repercutia no acolhimento dos EE – *“[...] Basta entrar no serviço e percebe-se que as*

relações não são boas e os próprios EE referem isto; quem está com os EE, está com os EE, quem não está... os EE estorvam; muitas vezes eles não se sentem bem recebidos por determinados elementos, porque há muito conflito entre os profissionais ... é um serviço muito problemático em todos os níveis”.

Quanto à interferência do enfermeiro chefe, continuou a considerar que o EC estava muito centralizado no mesmo, o qual fazia prevalecer as suas ideias acerca do ensino e da enfermagem, passando-as para os EE, assim como o modelo em uso – “ [...] Ficamos com aquela sensação de que os EE que lá estão são profissionais do serviço, que fazem as coisas conforme os profissionais do serviço lhes indicam e servem os propósitos do serviço, quando o EC tem propósitos que não são os do serviço, é a universidade que deve dirigir a sua formação e isso choca bastante”. Por outro lado, o enfermeiro chefe continua a solicitar trabalhos aos EE que se destinam a colmatar necessidades de formação do serviço, mas não tanto os objetivos de aprendizagem dos EE, sem que haja informação do professor e uma adequada articulação com a escola, apesar dos esforços daquele – “Várias vezes já tive uma ou outra conversa com o enfermeiro chefe em que o alertei para determinadas situações que não deviam acontecer, como o serviço solicitar aos EE para fazerem trabalhos sem dar conhecimento à universidade; [...] depois chegamos à conclusão que o trabalho nem sequer vem com a chancela da universidade, [...] como se fossem enfermeiros do serviço a fazerem formação”. Neste sentido, na sua perspetiva, continuava a haver falta de informação, falta de comunicação com o professor, tomando-se decisões que não foram concertadas e negociadas, como por exemplo o facto de o professor tomar conhecimento apenas quando chega ao serviço de que os EE estavam sob a responsabilidade de um enfermeiro do serviço que não os orientadores habituais – “O serviço onde há mais falta de informação é o serviço z [...] a informação não chega, parece que há uma barreira, a informação nunca chega e quando chega, chega em cima da hora, e tenho muita dificuldade em entrar naquele serviço”. Relacionadas com estas dificuldades surgiram outras que acabaram por evidenciar ainda mais a influência do enfermeiro chefe e a falta de informação, como as dificuldades relacionadas com os horários dos enfermeiros orientadores, não existindo uniformidade ao longo do EC, nem adequabilidade à supervisão dos EE e ao seu estágio de aprendizagem – “ [...] Os horários ali oscilavam muito, os enfermeiros orientadores comunicavam o horário e ao longo do mês esse horário ia mudando [...] inclusivamente, cheguei a ser contactado por telefone a perguntarem-me se os EE podiam fazer noite”. Esta condição acabava

por se refletir no rácio enfermeiro orientador/EE – *“Isso (aumento do rácio enfermeiro orientador/EE) aconteceu no serviço z, dada a oscilação de horários entre eles, [...] portanto, fazem estas trocas, não comunicam com antecedência, fazem as trocas às vezes em cima da hora”*.

Noutro serviço salientou como aspetos negativos o tempo do enfermeiro orientador para a supervisão, a elevada rotatividade dos doentes e, também, a interferência do enfermeiro chefe, embora de forma menos evidente que no serviço anterior. Quanto ao primeiro aspeto mencionado, a grande rotatividade dos doentes, o professor ilustrou como se refletia na aprendizagem dos EE, não permitindo que existisse tempo para que os EE pudessem refletir sobre os planos de cuidados instituídos, sendo que o próprio enfermeiro orientador, os EE e os enfermeiros do serviço tinham considerado também que era um aspeto negativo para todos, tendo sido mais evidente no semestre em causa – *“ [...] Tiveram de cumprir determinadas metas em termos de números e fez com que diariamente entrassem às vezes dezenas de pessoas e saíssem dezenas de pessoas, o que fez com que os EE [...] muitas das vezes estivessem o dia todo a fazer entradas (admissões) a correr e saídas (altas) também a correr, o que não nos permitiu atingir aqueles objetivos que eram propostos de acompanhar o indivíduo, de desenvolver o seu pensamento crítico ... é impossível ... é uma fábrica de montagem em série”*. Esta circunstância acabava também por se refletir ao nível do rácio enfermeiro orientador/doentes, diminuindo a sua disponibilidade para a supervisão dos EE – *“Ele também já está cansado deste esquema, porque esta rotatividade implica que ele não tenha tempo sequer para os EE, que é outro aspeto menos positivo e que dificulta bastante [...], os EE perdem em termos de oportunidades e também perdem em termos de acompanhamento, porque se mesmo os orientadores têm doentes atribuídos, têm de dar rendimento e eles estão a trabalhar ...”*. Quanto à interferência do enfermeiro chefe apontou-a como menos evidente do que no serviço z, portanto mais dissimulada, embora também com o objetivo de moldar o desenvolvimento do EC mais de acordo com as necessidades do serviço do que com as necessidades de aprendizagem dos EE – *“ [...] Quando chegávamos ao serviço parecia tudo facilidades e depois notamos que o enfermeiro orientador nos dizia determinadas coisas, que os EE estão lá para dar resposta ao serviço”*.

Relativamente ao tempo dos enfermeiros orientadores destinado à supervisão o professor manteve a sua opinião de que, no modelo em vigor, poderia estar comprometido dada a carga de trabalho e os rácios enfermeiro orientador/doentes –

“Um enfermeiro orientador de EC que tenha 6 doentes, ainda que os doentes estejam atribuídos aos EE e eles prestem os cuidados, mas que tenha 6 doentes e que tenha na mesma no final de ter tudo feito para esses doentes, tem de ter tempo para estar com os EE [...], o orientador por muito que tenha boa vontade [...] não consegue acompanhar o EE em tudo [...], portanto, não há um acompanhamento integral, há um acompanhamento espartilhado.”. Por outro lado, a sua menor disponibilidade também se refletiu no tempo destinado a reunir com o professor para as avaliações ou para *“discutir as situações dos EE”*, uma vez que durante o horário de trabalho era difícil e fora do horário de trabalho também, dado que o enfermeiro orientador se mostrava pouco disponível – *“É muito complicado estarem por exemplo comigo, não há tempo disponível para os enfermeiros orientadores estarem comigo; [...] portanto, para mim, é muito complicado conseguir trabalhar com os orientadores; enquanto se o enfermeiro orientador só está para a universidade é possível trabalhar os orientadores e fazer muito [...]*. Foi uma das grandes dificuldades, conseguir falar com os enfermeiros orientadores, até mesmo para fazer as avaliações, [...] porque é sempre em horário de serviço, nunca é depois do horário do serviço”. Também a menor disponibilidade dos enfermeiros orientadores se refletiu na sua menor possibilidade de participação nas sessões de OT de EE do professor o que, segundo o mesmo, acabou por aumentar o fosso teoria/prática.

Ainda relacionado com o tempo dos enfermeiros orientadores para a supervisão estão os rácios enfermeiro orientador/doentes, tendo o professor confirmado que existiam diferenças significativas entre os serviços, relacionadas também com a respetiva metodologia de trabalho adotada, referindo dois dos serviços como os mais problemáticos e um dos serviços como aquele onde se evidenciou maior disponibilidade e adequação – *“No serviço x, geralmente, são cerca de 6 doentes para cada orientador, [...] é possível eles desenvolverem o seu trabalho, [...] os enfermeiros orientadores conseguem desenvolver o seu trabalho, conseguem acompanhar os EE noutras tarefas que, inicialmente, havia resistência, tarefas que eram atribuídas à UCP, como acompanhar os estudos de caso”*. O problema dos rácios, na sua ótica acabou por estar muito relacionado com os objetivos do hospital, as metas de produtividade e, consequentemente, com a carga de trabalho dos enfermeiros orientadores – *“A outra situação que se torna difícil neste esquema é quando entramos naquela de cumprir metas de produtividade, aí os enfermeiros orientadores deixam de poder ser orientadores”*. Nestas circunstâncias poderá ser muito difícil conseguir a colaboração

dos serviços para criarem condições para a aprendizagem dos EE, uma vez que eram pressionados para se direcionarem numa outra perspetiva – “[...] *Um dia o enfermeiro chefe do serviço w sugeriu que os EE ficassem numa sala a ler umas coisas porque não havia possibilidade do enfermeiro orientador conseguir acompanhar os EE, tal a carga de trabalho que havia [...]*”.

Quanto aos aspetos relacionados com a **realização das sessões de OT** por parte dos enfermeiros orientadores ou com a sua participação nas sessões de OT do professor, vários itens foram emergindo a partir da entrevista, tais como disponibilidade dos enfermeiros orientadores e do professor, questões financeiras, constrangimentos do hospital. Verificou-se referência à disponibilidade menor dos enfermeiros orientadores para a realização das OT fora do seu horário de trabalho, dado que não existia o pagamento dessas horas, o que condicionava que as OT realizadas pelos enfermeiros orientadores tivessem de ocorrer durante o seu turno de trabalho, sendo que acabavam algumas vezes por realizá-las durante o período de EC propriamente dito, desvirtuando um pouco o objetivo primordial da OT, na ótica do professor – “[...] *não deixa de ser uma reunião que se faz ali no meio do EC para discutir alguma coisa que aconteceu [...]. As OT permitem que as pessoas saiam dali daquele espaço, abram os seus horizontes e pensem doutra forma, permite isto*”. Durante o semestre também se verificou menor afluência dos enfermeiros orientadores às sessões de OT do professor, por um lado pela sua menor disponibilidade em relação ao ano letivo anterior, por outro lado, pelo facto de o professor ter reduzido o número de OT no hospital, devido aos condicionamentos do seu próprio horário e, também, a constrangimentos de espaço para a sua realização no hospital.

Quanto à **seleção de enfermeiros orientadores**, o professor considerou que se verificou algum progresso, uma vez que a escola pôde ter maior participação no processo, embora não se tenha registado uma participação plena, como era desejado, sendo que houve a possibilidade de participar na escolha dentro do conjunto de enfermeiros orientadores que o hospital propôs, sem que tivesse ocorrido nenhum processo formal de candidatura, tal como estava previsto inicialmente – “*Este semestre houve uma grande modificação positiva por parte do hospital, porque nos foi dada a possibilidade de escolher os enfermeiros orientadores, claro que nos foi dada esta possibilidade em cima da hora e dentro de um determinado leque [...]. Não houve candidaturas para nós analisarmos [...], a lógica para escolhermos era os que*

conhecíamos, portanto teriam de ser aqueles, [...] o poder de decisão era mínimo. Mas, pelo menos, deram-nos a oportunidade de escolher, isto foi um passo importante [...]”.

No que respeita ao **desempenho dos enfermeiros orientadores** durante o semestre, do relato do professor evidenciou-se novamente a ligação que fez deste aspeto com a formação dos mesmos e com a sua própria disponibilidade (do professor) para estar presente nos serviços. Na opinião do professor a formação dos orientadores constitui um aspeto fundamental para que o seu desempenho promova a aprendizagem dos EE a todos os níveis, como a criação de oportunidades de aprendizagem, ou a criação de condições favoráveis nos contextos de prática clínica, inclusive em situações de adversidade nos mesmos e, mesmo com os problemas de horários – “*[...] O supervisor é aquele que assegura um ambiente favorável à supervisão [...], é aquele que tem competências para o ser. O ambiente, por muito hostil que seja, é possível, se tiver um bom supervisor. O ponto que eu vejo neste modelo que falha [...] é a formação dos enfermeiros orientadores, [...] precisavam de ter formação muito concreta. Se queremos ter orientadores de EC então vamos criar aqui um mini curso, [...] e vamos discutir com eles e ver o que é preciso fazer... é aí que falha*”. A este propósito relevou o facto de num dos serviços os enfermeiros orientadores já estarem a fazer este percurso por si, estando a frequentar curso de supervisão, e de isso já se estar a refletir na orientação dos EE – “*É isto que se pretendia para todos os enfermeiros orientadores, mesmo neste contexto difícil de terem doentes e EE, se tivessem mais formação na área teriam mais oportunidades de observar os EE, mais oportunidades de fornecer ambientes propícios, eles não conseguem porque não têm esta formação. Com a formação dos orientadores eu penso que o modelo até pode funcionar [...]. Se os enfermeiros orientadores tiverem formação e estiverem motivados, eles próprios é que vão arranjar momentos para... e não vão dizer que não é no meu tempo de serviço [...]*”. Neste sentido ilustrou as consequências da falta de preparação dos enfermeiros orientadores com um caso concreto relacionado com a avaliação dos EE – “*Mais uma vez não foi possível reunir com estes orientadores antes das notas finais no serviço z, e quando estavam a ditar as notas [...], houve dois EE em que todos os comentários foram negativos, [...] e a avaliação era quinze*”, sendo que teve de intervir, dada a incoerência da classificação com o relato do desempenho dos EE.

Por outro lado e ainda relacionado com a preparação dos enfermeiros orientadores, o professor estabeleceu a ligação deste aspeto com a sua **função como professor**, com o seu papel neste contexto, com a possibilidade de estar mais ou menos

presente nos CPC, de estar mais ou menos informado acerca do desenvolvimento do EC, reforçando a importância da sua presença mais assídua, para supervisionar não só os EE, mas para servir de recurso para os enfermeiros orientadores na clarificação de aspetos relacionados com a supervisão – *“Este semestre estive uma semana em EC (no serviço y por impossibilidade dos enfermeiros orientadores supervisionarem os EE) e durante essa semana [...] o orientador ficava ao meu lado [...]. Foi possível mudar muita coisa nas dinâmicas deles, [...] e isto não é possível de mudar tendo a visão paradigmática que os orientadores do serviço têm, que por muito que ouçam da universidade, na prática o que eles tentam é que os EE façam muitas vezes replicação [...], falta muita formação dos enfermeiros orientadores”*. No entanto, não deixou de referir que também encarava a sua presença esporádica e menos frequente nos serviços como um fator constrangedor tanto para os EE, como para os próprios enfermeiros orientadores e até para ele próprio – *“O facto de aparecer uma pessoa estranha como eu, não faço supervisão direta todos os dias, os EE vão agir de outra forma, vão ficar mais stressados [...], esta é a minha maior dificuldade e como têm medo afastam-se e como se afastam muitas vezes não tenho ferramenta pedagógica para ajudar no seu desenvolvimento, e às vezes alguns só percebem no fim [...]”*, pelo que tentava aproveitar as sessões de OT para ajudar os EE a refletirem sobre a sua prática, já que não tinha essa oportunidade de outra forma. Para além dos EE, os enfermeiros orientadores *“também ficam stressados, não funcionamos como equipa, porque eles sentem que têm sempre dificuldades a determinados níveis... quando eu lá chego é sempre um desconforto [...], eu sou sempre um estranho”*.

Em todo o seu relato foram emergindo as suas conceções acerca da supervisão, vendo o orientador clínico como aquele que conduz o EE, mas que não se lhe sobrepõe, deixando-o fazer o seu próprio caminho, apenas dando-lhe pistas, alertando-o, promovendo a reflexão, mesmo e apesar do contexto de prática clínica ser mais ou menos favorável – *“[...] É proporcionar ambientes que lhes permitam desenvolver a sua criatividade, a sua forma de pensar, o seu método de resolução de problemas, isso em qualquer lado podemos ter, em qualquer lado em que haja enfermagem, desde que os EE assim o queiram e sejam incentivados a fazê-lo”*.

Por fim, no que diz respeito às **expectativas** o professor focou-se na diminuição das dificuldades referidas, na formação e distribuição dos enfermeiros orientadores e na sua maior disponibilidade. Assim, previu menores dificuldades no semestre seguinte, uma vez que dado o menor número de EE, só iria trabalhar com dois dos serviços, ou

seja, os CPC considerados mais propícios. Quanto aos enfermeiros orientadores, para além de esperar maior investimento na sua formação, por razões de melhor distribuição dos EE, iriam ficar com os mesmos EE do princípio ao fim do EC, aspeto que não era habitual pois, anteriormente, os EE alternavam de enfermeiro orientador no mesmo serviço, sendo que considerou que teria necessidade de realizar avaliação deste aspeto no final do semestre. Dado que iria ter os EE só em dois dos serviços, previa uma maior disponibilidade para estar com os EE e, também com os enfermeiros orientadores.

Professor Ensino Clínico B – Entrevista 2

A entrevista realizada no final do ano letivo visava esclarecer algumas questões relacionadas com os dados obtidos na entrevista 1 e, também, com os dados da observação realizada nos serviços onde decorreu o EC.

A partir das questões colocadas os dados obtidos centraram-se em três temas fundamentais: aspetos positivos, aspetos negativos e expectativas.

No que respeita aos **aspetos positivos** os temas emergentes foram: colaboração da direção de enfermagem e atitude do enfermeiro chefe.

No que diz respeito ao primeiro item mencionado, o professor referiu-se à colaboração da direção de enfermagem relativamente às solicitações realizadas e numa perspetiva de abertura à mudança - “[...] *A direção de enfermagem do HP, esteve aberta ao que fosse solicitado, não tive nenhuma objeção, de todos os pedidos que tivesse feito nunca precisei de lá chegar, mas sempre que precisei, nunca me negou nada e resolveu sempre os problemas, portanto, a direção também está receptiva a que haja mudança e que haja progressão nas duas instituições [...]*”. Quanto ao 2º item mencionado, o professor destacou a atitude positiva de dois dos enfermeiros chefes, com especial enfoque num dos serviços, sobretudo pela sua presença e participação muito ativa nas OT em que os EE apresentaram estudos de caso - “[...] *Várias situações em que queríamos intervir a nível do serviço, em que às vezes tínhamos barreiras, ao colocá-las através de um estudo de caso, ao discuti-las com a presença dele (chefe) e ao colocar-lhe diretamente as questões, percebemos que as barreiras eram muitas vezes colocadas pela forma como as pessoas pensavam no serviço e não de indicações do chefe [...], era simplesmente pelas pessoas não estarem habituadas a pensarem daquela forma, o que permitiu abrir portas*”. Esta participação acabou por trazer benefícios na aproximação entre a escola e o serviço, sobretudo na melhoria significativa da relação com o enfermeiro chefe, tendo em conta que tinha sido aquele a quem o professor se tinha referido no semestre anterior como tendo uma interferência

negativa no EC. Para além destes itens que o professor considerou benéficos, também foi salientada a atitude positiva e de abertura de outro enfermeiro chefe, apesar de algumas adversidades relacionadas com as mudanças ocorridas no serviço decorrentes de diretrizes emanadas da direção - *“Da parte deste serviço, eu diria que seria a boa vontade do enfermeiro chefe, apesar de tudo, percebendo as dificuldades que todas as alterações estavam a causar [...], teve sempre muito boa vontade de perguntar se estava tudo bem, se precisava de modificar alguma coisa e, sempre que eu solicitei para falar com ele, ele dizia então qual é o problema... vamos resolver... vamos fazer... Muita boa vontade da parte do enfermeiro chefe em tentar resolver estes problemas”*.

O professor considerou que o semestre foi *“mais conturbado”* em relação ao anterior, tendo mencionado vários **aspetos negativos** durante o período mencionado: alterações orgânicas no hospital, desmotivação dos enfermeiros orientadores, falta de integração de enfermeiro chefe, horários dos enfermeiros orientadores, rácio enfermeiro orientador/EE e menos oportunidades de aprendizagem para os EE.

Diversas alterações ocorreram no hospital neste semestre, desde mudanças de enfermeiros chefes, com as consequentes mudanças nas dinâmicas dos respetivos serviços, a nível dos horários e distribuição dos enfermeiros orientadores, assim como na distribuição dos EE, até à diminuição do número de doentes, devido a alterações da contratualização com o Estado - *“Relativamente a este semestre foi muito complicado [...], com as alterações que existiram no hospital, com nova direção, com reformulação dos enfermeiros chefes... Como exemplo, no serviço y tive de negociar tudo de novo [...]. No serviço x os orientadores antes estavam alocados a uma das alas, passaram a estar um dia numa ala e no outro dia noutra e os EE a mesma coisa [...]. Tudo mudou do dia para a noite, coisas que os EE faziam, deixaram de fazer, coisas que antes não faziam, passaram a fazer [...], foi toda uma confusão [...] tudo veio ‘por água abaixo’, mesmo situações de reuniões que se faziam lá, em que alguns enfermeiros já participavam, deixaram de participar ... foi tudo muito complicado, em termos de orientação dos EE naqueles dois serviços [...]”*. Por outro lado, mencionou o facto de ter sido retirada a compensação económica aos enfermeiros orientadores como um fator de desmotivação e de perturbação. Pensamos que o relato é bem ilustrativo das dificuldades encontradas e até de um aparente recuo em relação aos avanços registados em fases anteriores.

Decorrente desta realidade aconteceu que, especialmente, um dos enfermeiros chefes teve algumas dificuldades em integrar-se no serviço para onde mudou, assim

como, em compreender os objetivos e dinâmica do EC - *“Eu senti muito que era do enfermeiro chefe, no sentido que ele ainda não estava completamente integrado [...] Quando entrou no serviço pensava que os EE eram para serem distribuídos no serviço e para realizarem tarefas. Teve de ser integrado e perceber o que era suposto [...], porque ele não percebia porque é que os EE não podiam ser distribuídos pelos enfermeiros e porque não podiam ir para uma ala e para a outra [...] consoante a necessidade de trabalho no serviço”*.

Segundo a perspetiva do professor as mudanças verificadas, sobretudo as relacionadas com os horários dos enfermeiros orientadores e com a compensação económica, assim como as mudanças relacionadas com a sua distribuição no serviço, acabaram por se refletir na diminuição da sua motivação para continuar a orientar EE deste EC - *“Os orientadores ao deixarem de receber, ao deixarem de ter um horário compatível e, mesmo em termos de organização do serviço [...], começaram a ter muitas dificuldades em fazer orientação, a ponto de nesta fase final pedirem para no próximo ano não serem orientadores [...], (alguns) já estavam há dois anos num processo de desenvolvimento de competências para exercerem como orientadores [...], deixaram de receber suplemento, passaram alguns deles a terem de fazer horários de roulement que já não estavam habituados há alguns anos, e isto influenciou muito a orientação dos EE [...], mesmo na apresentação de estudo de caso a adesão foi muito baixa, mesmo estando lá os EE deles. O grande aspeto negativo foi a desmotivação que senti dos enfermeiros orientadores”*. O relato revelou os problemas que poderão estar na origem da falta de interesse em orientar que pareceu verificar-se mais num dos serviços.

A dificuldade anteriormente mencionada verificou-se mais num dos serviços, um pouco pela integração do enfermeiro chefe no mesmo e de mudanças nos horários dos enfermeiros orientadores, assim como na sua distribuição pelas duas alas que passou a ser muito variável como já foi referido, acabando por ter consequências na distribuição e orientação dos EE - *“Logo no início cheguei lá e percebi que o horário tinha sido mudado, ao ponto de não haver orientador no serviço para os dias que vinham a seguir [...], tendo de ir ao gabinete do enfermeiro chefe negociar para que houvesse pelo menos 1 enfermeiro orientador para os 10 EE, quando antes havia 2 (orientadores) com 5 EE cada um. Durante cerca de um a dois meses foi um bocadinho este corre-corre no sentido quase de tapar buracos, porque se num dia era, no dia seguinte já não era...”*.

Por outro lado, o facto de os enfermeiros orientadores passarem a fazer *roulement* sem que a elaboração do horário contemplasse as exigências da continuidade de orientação dos EE, foi outra das dificuldades encontradas que se refletiu nas dificuldades de orientação – *“Deixaram de estar em contacto com os EE [...] como estavam antes, porque se hoje estão a fazer noite não estão com os EE estão com outro (orientador), no dia seguinte estão em descanso e depois vêm fazer manhã e estão com os EE, mas a seguir estão de folga... descontinuidade completa, eles próprios me revelaram que tinham mais dificuldade em conhecer os EE. Nós tivemos (num serviço) 4 orientadores para 10 EE ao longo de um semestre, e às vezes havia dificuldade que um deles estivesse com os EE, era preciso voltar a renegociar [...]. Não foi nem uma, nem duas, nem três vezes que me telefonaram e me disseram – ‘Olhe eu estava a fazer turno com os EE, mas o enfermeiro chefe veio reformular o horário e eu deixei de fazer turnos e os EE estão sem ninguém’, por muito que eu tivesse dito para não me porem de folga naquele dia [...].”* O relato revelou as grandes dificuldades e o desgaste de toda a situação que acabou por se refletir no desenvolvimento do EC e na aprendizagem dos EE, segundo o professor – *“A segunda queixa que eles (EE) tinham foi naquele período em que andaram a saltar de ala para ala, tanto num serviço como no outro. [...] Eles diziam-me ‘por muito que haja boa intenção o máximo que conseguimos fazer é quase tarefas porque conhecemos um doente hoje, amanhã conhecemos outro, depois conhecemos outro, a única coisa que fazemos são tarefas, não temos tempo para o conhecer [...]. Num serviço tiveram o problema de saltarem de orientador para orientador [...].”*

A instabilidade nos horários dos enfermeiros orientadores, assim como a desarticulação com as necessidades do EC conduziu também a instabilidade nos rácios enfermeiro orientador/EE – *“Dependia dos dias, sempre que possível ficava cada um com 5 EE, agora nos dias em que só havia 1 (enfermeiro orientador) que estivesse a trabalhar, ficava com os 10, inclusivamente, nos dias em que não estava nenhum a trabalhar tinha de negociar com o enfermeiro chefe [...]. Portanto, houve muitas situações destas”*. Para além disso, o professor considerou que se mantinham as dificuldades do semestre anterior quanto à menor disponibilidade dos enfermeiros orientadores para a supervisão pelo facto de estarem inseridos no plano de trabalho – *“[...] Continuam a existir os mesmos problemas que é o tempo para poderem fazer a orientação, o tempo para podermos reunir com os enfermeiros orientadores, para planear individualmente para cada um saber o que é para fazer, não há nada disto,*

porque estão sempre a trabalhar, têm EE, têm doentes... é muito complicado...". Este aspeto foi dominante em todo o processo de colheita de dados, desde os resultados das entrevistas exploratórias, passando pelos dados da observação e os resultados das entrevistas aos enfermeiros chefes.

A par das dificuldades relatadas, o número de doentes veio a diminuir, assim como a diversidade de situações, com predominância de regime de ambulatório, o que acabou por condicionar a adaptação e as experiências dos EE, diminuindo as suas oportunidades de aprendizagem – “[...] *Eram muitos enfermeiros, muitos EE, e poucos doentes, o número de doentes diminuiu de uma forma drástica, para além disso os EE também se queixavam de uma coisa, para além da diminuição do número de doentes, eles tinham menos doentes e tinham menos possibilidades de desenvolver competências, também passaram a ser muitos doentes ambulatórios [...], quase não dava para conhecerem o doente [...]. Esta foi uma das grandes dificuldades e uma das coisas que eles falaram muito, é que tinham dificuldades em atingir aquilo que a faculdade pretendia que atingissem [...]*”.

Quanto às **expectativas** manifestadas pelo professor centraram-se: na continuidade de enfermeiros orientadores, na previsão de dificuldades pelo quadro de instabilidade no hospital e interferência negativa da equipa médica.

A instabilidade verificada no hospital durante o semestre pareceu não augurar melhorias, assim como a conjuntura externa ao hospital em termos da renovação dos protocolos com o Estado, sendo a perspetiva do professor um tanto pessimista em relação ao futuro – “[...] *Tenho muitas dúvidas daquilo que vou encontrar, depois desta reformulação que houve no hospital. [...] Vejo a equipa de enfermeiros que está em constante reformulação, os enfermeiros saem dum serviço vão para outro, funcionam quase como tarefeiros. É extremamente complicado ter expectativas para algo que ainda não está estável, ainda não há uma estabilidade ali dentro, os enfermeiros temem pelo seu futuro [...]. É muito difícil perceber como é que vai ser chegar lá em (no próximo semestre) e o que é que vamos encontrar, até porque já percebemos que naquele hospital as decisões são muito voláteis [...]*”.

A continuidade dos enfermeiros orientadores foi focalizada sobretudo no serviço mais problemático no semestre em causa, tendo já alguma garantia que, perante a desmotivação dos orientadores nesse serviço, apenas um deles iria prosseguir no ano letivo seguinte e seria aquele que, na opinião do professor, reunia condições e características para realizar a supervisão dos EE de acordo com o pretendido, para além

da continuidade dos enfermeiros orientadores noutros dois serviços - *“Neste momento tenho dificuldade em ter expectativas, aliás num dos serviços a única coisa que eu consegui fazer foi assegurar que um dos quatro orientadores, aquele que entrou mais tardiamente por opção, muito por opção pedagógica, pela forma como ele atuava com os EE e pela formação que também já tem, consegui que ele validasse a continuidade com os EE [...]. Ele está motivado para, ele sabe que não lhe vão pagar suplemento, ele sabe que se vai manter no roulement [...], mesmo assim, está motivado para estar com os EE, aliás, nesta última fase era a única pessoa que estava motivada e que queria reunir para discutir as notas dos EE, enquanto os outros não queriam [...].”*

Quanto à interferência negativa da equipa médica referida pelo professor, embora ainda não muito sustentada em factos concretos, veio de encontro ao já identificado nos resultados das entrevistas dos enfermeiros chefes, no sentido de que nalguns serviços poderão vir a existir possíveis resistências dos médicos à presença de EE – *“Outro dos problemas que poderão existir no futuro [...], é que a atitude de determinadas equipas médicas relativamente aos EE, concentração de estudantes e presença de estudantes, até agora e concretamente não me chegou nada oficialmente, mas várias pessoas me falaram de que num futuro determinadas equipas não estariam tão interessadas em ter ali EE ou ter tantos EE e que teriam de ser desviados para outro sítio [...].”*

Professor Ensino Clínico A

A entrevista realizada ao professor do EC A visava obter dados quanto à forma como tinha decorrido o EC e esclarecer algumas questões que surgiram ao longo do semestre, decorrentes dos dados das entrevistas exploratórias e da observação realizada no contexto de prática clínica. A partir das questões colocadas os dados obtidos também se centraram em três temas fundamentais: aspetos positivos, aspetos negativos e expectativas.

No que diz respeito aos **aspetos positivos** os itens que surgiram através do relato do professor foram: desempenho global dos enfermeiros orientadores, condições do serviço, presença de estudantes de segundo ciclo, manutenção do formato de EC dos anos anteriores e seleção de enfermeiros orientadores.

Relativamente ao desempenho global dos enfermeiros orientadores, embora identificando menor disponibilidade, o professor considerou que foi idêntico ao dos anos anteriores em termos daquilo que eram as solicitações gerais da escola, como a observação e os registos acerca de cada EE e considerou isso um aspeto positivo - *“Em*

relação ao trabalho que a escola pede, o que eles têm de fazer, a apreciação que têm de fazer de cada EE, registos, etc., fazem direitinho como nos outros anos, agora não têm abertura nem tanta disponibilidade como tinham anteriormente”.

Quanto às condições dos serviços o professor também considerou que, apesar de serem redutores relativamente a algumas experiências, reuniam as condições necessárias para a realização do EC em causa, baseando-se não só na sua opinião pessoal, mas também nos ecos que recebeu dos EE - *“Apesar dos EE se compararem sempre com EE de outros serviços, de acharem realmente que serviços mais gerais lhes dão uma visão mais alargada e uma possibilidade de introduzirem outras técnicas que não lhes dão estes serviços [...], a avaliação dos EE é sempre muito positiva, embora um bocadinho mais redutora em termos de algumas experiências, porque acabam por fazer muitas vezes a mesma coisa, mas realmente aquilo que é o básico deste EC, acho que os locais são bons, embora precisem de trabalhar alguns aspetos”.*

No que respeita à presença de estudantes de segundo ciclo que tínhamos constatado durante o período em que realizamos observação, o professor não considerou a sua presença como prejudicial ao desenvolvimento do EC, mas antes promotora da aprendizagem dos EE, contrariando um pouco a perceção que tivemos quando observamos o CPC - *“[...] De certa forma algumas coisas que os EE fizeram ou viam fazer pelos outros estudantes (de 2º ciclo), por um lado foi bom [...]”.*

Para além destes aspetos positivos, o professor considerou que na globalidade o EC tinha decorrido como nos anos anteriores, tanto na permanência dos mesmos enfermeiros orientadores, como na dinâmica imprimida na orientação dos EE, assim como na realização das sessões de OT, o que considerou benéfico - *“Eu não achei que tivesse decorrido de uma forma muito diferente daquilo que estava previsto nem da forma que tem decorrido nos anos anteriores [...], foi em tudo semelhante ao ano anterior [...]. Embora os enfermeiros orientadores aproveitassem as OT para tirarem dúvidas e para fazerem algum esclarecimento [...], continuavam a pedir aos EE para fazerem pesquisa, um ou outro trabalho mais elaborado para apresentação [...], inclusive para fazerem introdução às práticas que vinham a seguir, portanto a dinâmica foi um bocadinho semelhante à do ano anterior [...], foram trabalhando nos mesmos moldes”.*

Quanto à seleção de enfermeiros orientadores, o professor considerou que foi idêntica à do ano anterior, sendo que os enfermeiros orientadores foram designados pelos enfermeiros chefes dos serviços, o que não levantou problemas para o professor,

uma vez que a escolha recaiu nos elementos habituais e que o professor considerava serem elementos que reuniam as características para a supervisão – *“Foi tudo muito fácil, [...] ficaram só os que à partida são as pessoas responsáveis pela formação designadas pelos próprios serviços...”*.

Apesar destes aspetos positivos, o professor considerou a existência de bastantes **aspetos negativos**, relacionados não só com os serviços e com a comunicação institucional, mas e sobretudo com os enfermeiros orientadores e que identificamos com as seguintes designações: dificuldades de comunicação intrainstitucional e interinstitucional, mudanças no serviço, interferência do enfermeiro chefe, falta de colaboração da equipa de enfermagem, enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, enfermeiro orientador com acumulação de funções, descontentamento dos enfermeiros orientadores, desconforto do professor e dificuldades na realização de OT conjuntas (professor e enfermeiro orientador).

Apercebemo-nos das dificuldades de comunicação intrainstitucional e interinstitucional pelas manifestações do professor no sentido de que considerava que os enfermeiros orientadores, perante o descontentamento com as condições de supervisão, tentavam passar-lhe essa mensagem, como que utilizando o professor como meio de comunicação com a escola - *“Acho que nós temos dois discursos. Quando eles estão comigo [...] falam deste processo de uma forma, mas se estão com o enfermeiro chefe falam de outra, utilizam-me um bocadinho, acho eu, para verem se eu chego a alguém de cima, suponho para chegar à CUEE que seria a pessoa mais influente [...]. Acho que quando eles mandam tipo recadinho é para ver se há alguma pressão da CUEE junto da direção do hospital para ver se muda...”*. O relato é ilustrativo quanto à dificuldade dos enfermeiros orientadores em passarem a sua mensagem para escola e, sobretudo, para o hospital, aliás com o qual as dificuldades de comunicação passam pelo medo das consequências - *“[...] Abertamente eles não verbalizam, acho que também por um certo receio daquilo que possa transpirar para a instituição (hospital) [...]”*. A acrescentar ainda o facto de o professor ter tido menor disponibilidade para estar ou até para passar pelos serviços, o que pode ter sido menos benéfico – *“Eu fui (aos serviços) menos vezes, isso é uma realidade, a comunicação fi-la muito mais por e-mail e telefone”*.

Tal como já tinha sido referido anteriormente pelo professor do EC B, as mudanças verificadas no hospital, repercutiram-se nas mudanças nos serviços e refletiram-se no desenvolvimento do EC, sendo que também se verificou a mudança de

enfermeiros chefes depois de o EC já ter começado - *“Também acho que foi mais conturbado este EC, também pelas próprias mudanças dentro dos serviços, tiveram de se adaptar aos novos enfermeiros chefes, isto também não foi fácil, tiveram de trabalhar esses aspetos e acabou por se juntar muita coisa ao mesmo tempo...”*.

Outro dos itens que emergiu do relato do professor foi a interferência de um enfermeiro chefe no desenvolvimento do EC - *“O enfermeiro chefe lá acabou por dizer que cedia e aceitava porque estava tudo programado e combinado [...], não concordava com os EE, tinha uma opinião muito própria, [...] além de que eram imensos, o máximo que ele tolerava no serviço seriam dois, mas que era uma guerra que não era nossa [...]*”. Perante a mudança de enfermeiros chefes e o facto de não terem estado presentes nas reuniões prévias, associado ao facto de considerarem o número de EE nos serviços excessivo, evidenciou-se algum desconforto e, também, transpareceu alguma falta de comunicação dentro do próprio hospital e, talvez, entre a escola e os serviços em causa. As suas resistências à presença daquele número de EE que considerava perturbador da dinâmica do serviço, pode ter gerado algumas dificuldades de adaptação dos EE - *“[...] Questionei os EE, gostavam muito do chefe, disseram que ele era muito exigente, que não os queria ouvir, não os queria ver, e eles coitados procuravam realmente conterem-se e corresponder [...]*”.

Foi possível identificar também alguma falta de colaboração da equipa de enfermagem na supervisão dos EE, quando era necessário - *“[...] (os enfermeiros orientadores) têm consciência que deixaram muitas vezes os EE, ou recorriam a outros colegas para estar com os EE enquanto eles estavam a fazer outro trabalho com os doentes deles, o que lhes criava alguns atritos de relação também entre a equipa [...], porque não era função deles estarem com essa responsabilidade dos EE, os enfermeiros orientadores é que tinham sido nomeados, eles é que tinham de se desembaraçar”*. Pelo relato do professor foi possível identificar alguma resistência da equipa na colaboração, evidenciando dificuldades de envolvimento na supervisão e algum conflito.

Segundo o professor o trabalho dos enfermeiros orientadores foi difícil, uma vez que para além da adaptação à chefia e da falta de colaboração da equipa, associou-se o facto de estarem inseridos no plano de trabalho, tal como referido no caso do EC B, e de ficarem sem contrapartidas económicas, o que segundo o professor, diminuía a sua disponibilidade para acompanharem os EE - *“[...] Aquilo que eles referiram não foi só a contrapartida económica, foi a sobrecarga de trabalho, não é só por receberem mais alguns euros que eles acham que iam trabalhar de maneira diferente, porque segundo*

eles, continuam a esforçar-se por dar o melhor [...]. Neste contexto, o facto de o enfermeiro orientador estar inserido no plano de trabalho, segundo o professor, traduziu-se na menor supervisão dos EE, não propositada, mas como uma consequência da situação, sendo que os EE a interpretaram como promoção de autonomia, mas que na verdade, sendo o EC em causa preocupava o professor pelo impacto na aprendizagem dos EE - “[...] Os EE acham-se os maiores porque conseguem fazer muitas coisas sem estarem os enfermeiros orientadores presentes [...], para eles isso era realmente uma mais-valia, serem mais autónomos, mais independentes naquilo que faziam, quando a gente ficava profundamente preocupada com a aprendizagem”. Por outro lado, a menor disponibilidade também se refletiu nas OT realizadas pelos enfermeiros orientadores – “[...] Quem estava nos turnos teve alguma dificuldade em cumprir, embora se tivessem disponibilizado, houve um grupo que acabou por não conseguir cumprir com as ditas horas... ”.

No seguimento do referido anteriormente, o professor confirmou que algumas vezes, os enfermeiros orientadores, para além de estarem inseridos no plano de trabalho, acumulavam funções de responsável de turno ou de coordenação, estando ainda menos disponíveis, por vezes tendo de se ausentar dos serviços, sendo-lhes atribuídas funções como se não estivessem a orientar os EE – “[...] Vi várias vezes os enfermeiros orientadores a serem solicitados para fazerem isto ou aquilo, para pedirem uma coisa, quando estavam reunidos comigo a falar sobre os EE, e não era nada sobre o EE, eram assuntos administrativos, inclusive até sair para uma reunião para a direção e os EE ficarem com o enfermeiro chefe ou ficarem com os outros enfermeiros... ”.

Os aspetos referidos anteriormente pareceram originar algum descontentamento dos enfermeiros orientadores na perspetiva do professor, à semelhança do relatado pelo professor do EC B, não só pela sobrecarga de trabalho, mas também pela falta de compensação económica e pela pressão de que sentiram alvos - “[...] Queixaram-se que era muita pressão, era o trabalho deles, o trabalho dos EE, depois era a pressão do enfermeiro chefe – ‘não temos compensação nenhuma a não ser o gosto por aquilo que fazemos, porque é só pressão, só exigência’. [...] Por uma questão de delicadeza e educação não o dizem, mas pensam, porque depois de uma forma mais indireta com outros contornos, eles acabam por exteriorizar o descontentamento deles [...]”.

Toda esta situação acabou por causar também algum desconforto no professor, alguma dificuldade em trabalhar com os enfermeiros orientadores do hospital como fazia com os que estavam noutras instituições, uma vez que considerava que os

primeiros se encontravam em desvantagem em relação aos segundos - *“Esta situação para mim é um bocadinho desconfortável [...], porque eles trabalham mais ou menos todos da mesma forma, mas é um critério diferente de contrato em relação à escola e eu sinto-me um bocadinho inibido em relação a isso [...], porque não tenho tanto à vontade [...] fico assim um bocadinho aquém [...], para não estar a sobrecarregá-los, porque eu sei também que se calhar era injusto em relação à posição dos outros [...]”*.

Quanto às dificuldades em realizar OT em conjunto, embora o professor já as tivesse planeado noutras alturas, nestes dois últimos anos letivos não o tinha feito. Para além disso e no seguimento do desconforto referido anteriormente, não se sentia à vontade para solicitar a presença dos enfermeiros orientadores nas suas OT, uma vez que estavam inseridos no plano de trabalho, não querendo sobrecarregá-los - *“[...] Não me sentia assim muito à vontade neste modelo, porque achei que eles também têm o trabalho deles e para estarem comigo e com os EE podiam estar a ser precisos na enfermaria e se calhar por aí a minha relutância [...]”*. Por outro lado, considerou que, para além das dificuldades de horário, os enfermeiros orientadores não se mostravam muito interessados em participar em OT conjuntas, manifestando algum desconforto - *“[...] Uma ou outra vez proporcionou-se realmente estar na OT com o enfermeiro orientador, mas não acho que eles estejam assim muito à vontade e diziam - ‘se quer falar com os EE a gente sai’, saíam realmente [...], embora eu não tenha feito esforço nesse sentido, não vou dizer que planeei e eles se negaram”*.

No que respeita às **expectativas** relativamente ao próximo ano letivo, dada a resistência manifestada por um dos enfermeiros chefes em receber EE, o professor demonstrou alguma desmotivação em continuar a trabalhar com o serviço em causa, no entanto, não pretendia colocar entraves tendo em conta o protocolo existente entre as duas instituições - *“Tirei de lá um grupo de EE, porque realmente acho que não quero ir para um serviço onde não querem, ou pelo menos a pessoa manifesta tanto desgosto em ter EE [...]. Pelo protocolo que tem a escola com a instituição, também não sou eu que o vou quebrar [...]”*. Sendo assim, projetava reduzir o número de EE e ir ao encontro das ideias manifestadas pelo enfermeiro chefe, no entanto, com algumas dúvidas acerca de quem iria orientar e acerca do número de enfermeiros orientadores que iria ter - *“[...] Comuniquei isso há coordenação da licenciatura e foi essa a minha sugestão, nós termos um grupo de 8 EE [...], que poderiam ser colocados realmente como o enfermeiro chefe quer, 4 de manhã 2 em cada ala, e 4 de tarde [...]. Agora com a orientação de quem? E se realmente vai disponibilizar 4 orientadores para cada 2*

EE?”. Para além disso e tendo em conta o EC em causa, considerava que o ideal seria que os EE tivessem um acompanhamento mais próximo e que o enfermeiro orientador não estivesse inserido no plano de trabalho – “[...] Sendo o EC em causa [...], os EE precisam realmente de um acompanhamento muito próximo, uma maior presença do enfermeiro orientador”.

Síntese, Interpretação e Discussão dos Resultados

Verificamos que os dados obtidos através destas entrevistas coincidem com alguns dos dados obtidos nas entrevistas exploratórias, com os dados obtidos através da observação realizada nos serviços onde decorreram os EC A e B e com os dados obtidos através das entrevistas dos enfermeiros chefes.

Assim, no **EC B**, na fase inicial do ano letivo em causa (2010-2011), apesar das dificuldades evidenciadas, pudemos registar alguns progressos: (i) a dinâmica de funcionamento de um dos serviços, mais adequada aos objetivos de aprendizagem dos EE; (ii) desempenho mais adequado dos enfermeiros orientadores noutro serviço; e (iii) maior participação da escola na seleção dos enfermeiros orientadores.

No que respeita ao primeiro item mencionado poderemos afirmar que o mesmo coincidiu com os dados da observação realizada, confirmando que o serviço em causa reunia melhores condições para a realização do EC, não só pelos rácios enfermeiros orientadores/doentes mais adequados, mas também, pela aparente melhor preparação dos orientadores e pela colaboração da equipa de enfermagem e do enfermeiro chefe. Este dado permitiu verificar que a criação de um contexto de prática clínica favorável não se relacionava só com as diretivas emanadas da direção do hospital ou da escola, mas estava também muito dependente das características das equipas e das dinâmicas que faziam parte de cada serviço, o que revela também a falta de um plano concertado, em termos de parceria, como veremos adiante. Por outro lado, pensamos que os restantes progressos verificados estiveram muito relacionados com o esforço dos intervenientes mais diretos, como a direção de enfermagem do hospital, o professor e o regente do EC B, e os próprios enfermeiros orientadores.

Apesar dos progressos, foram ainda bastantes as dificuldades que se evidenciaram, algumas das quais já tinham sido relevadas nas entrevistas exploratórias e, posteriormente, verificadas através da observação dos CPC, o que confirmou a sua permanência ao longo do ano letivo. Do relato do professor destacamos como dificuldades globais:

- A pouca disponibilidade dos enfermeiros orientadores para a função de supervisão, para reunirem com o professor, para realizarem sessões de OT, sobretudo fora do horário de trabalho, e para participarem nas sessões de OT do professor; consideramos que os aspetos mencionados estiveram relacionados com o facto de os enfermeiros orientadores realizarem a supervisão dentro do seu horário de trabalho e por estarem com doentes atribuídos, com a falta de criação de condições quer económicas, quer de tempo, por parte do hospital e da escola, para que os enfermeiros orientadores tivessem maior disponibilidade dentro e fora do seu horário de trabalho e, também, com o facto de o professor ter tido menores possibilidades de realizar OT no hospital, por constrangimentos de horário e por menor disponibilidade de espaço físico no mesmo;

- Fosso teoria/prática, pela menor disponibilidade do professor para estar nos serviços, pela menor disponibilidade dos enfermeiros orientadores em reunirem com o professor e pela menor participação destes nas sessões de OT do professor, aspetos que relacionamos não só com fatores da escola, mas sobretudo com o facto de os enfermeiros orientadores realizarem supervisão inseridos no plano de trabalho; consideramos que a aprendizagem dos EE e dos enfermeiros possa ter sofrido influência, tendo em conta o conceito de aprendizagem experiencial em que é fundamental a existência de espaços de reflexão para que a mesma se processe (Kolb, 1984; Josso, 2002; Boud et al., 2011); por outro lado, a conceção do profissional reflexivo, veiculada por Schön (1983/1989), implicando a reflexão sobre a reflexão na ação como uma das componentes fundamentais para a descoberta das teorias implícitas na prática profissional, sustenta as nossas interpretações acerca do aumento do fosso teoria/prática; para além disso, o veiculado anteriormente sobre as perspetivas de vários autores sobre a existência de espaços de formação e de reflexão conjunta entre professores, enfermeiros orientadores e restantes enfermeiros como importante para a diminuição do *gap* teoria/prática (Catarino, 1994; Amaral, 1995; d’Espiney, 1997; Carvalhal, 2002; Mestrinho, 2002; Andrade, 2005; Borges 2010).

- Diferenças significativas entre os vários serviços quanto aos rácios enfermeiros orientadores/doentes, aspetos que já tinham sido verificados durante a observação e que, em nosso entender, poderão estar relacionados com lacunas de comunicação dentro do hospital e entre esta instituição e a escola;

- Preparação inadequada dos enfermeiros orientadores para a função de supervisão que se refletia negativamente no processo de ensino/aprendizagem dos EE, inclusive na avaliação do desempenho dos mesmos, e na criação das condições

favoráveis à consecução dos objetivos do EC; consideramos que este aspeto estava relacionado com o tipo de seleção de enfermeiros orientadores, com a menor presença do professor nos serviços e com o pouco investimento dos orientadores na sua formação a esse nível;

- Foco do hospital nas metas de produtividade e menos no ensino, fator que por vezes condicionava as condições de aprendizagem dos EE, sobretudo num dos serviços, aumentando a carga de trabalho dos enfermeiros orientadores e afastando os EE dos objetivos pretendidos, aspeto que também tinha sido identificado durante a observação e que consideramos que em parte, poderá ter estado relacionado com as lacunas de comunicação interinstitucional, mas também, com o facto de o enfermeiro orientador estar no seu horário de trabalho a realizar supervisão e ter doentes atribuídos, sendo obrigado a cumprir as metas de produtividade do hospital; já em subcapítulos anteriores mencionamos as determinantes organizacionais, referidas por Evans (2000) e Pires (2005), como fundamentais para o desenvolvimento dos profissionais e dos formandos integrados em contexto de trabalho, assim como, a influência sociocultural na aprendizagem experiencial referida por Boud et al. (2011); Macedo (2009/2010) refere-se às diferenças entre lógicas e objetivos das instituições de saúde e das instituições de ensino, muitas vezes complexas e divergentes, com as necessárias influências no EC;

- Interferência negativa do enfermeiro chefe, sobretudo em dois dos serviços, também identificada na observação, sendo um aspeto que em nosso entender se relacionava com lacunas de comunicação intra-hospitalar e interinstitucional;

- Menor disponibilidade do professor para estar nos serviços para acompanhar os EE e os próprios enfermeiros orientadores, refletindo-se não só na aprendizagem dos EE, mas também, no desempenho dos orientadores, verificando-se por vezes desarticulação e constrangimentos de parte a parte, uma vez que a supervisão em parceria ficava comprometida, aspeto que teria de ser revisto pela escola.

Na fase final **do EC B**, os dados obtidos revelaram bastantes barreiras globais no que respeita ao desenvolvimento do EC. Se é certo que se observaram alguns avanços verificamos que, para além de serem poucos, pareceram existir recuos consideráveis em relação a alguns aspetos, comparativamente com o semestre anterior, sobretudo pelo facto de terem existido muitas mudanças a nível do hospital, como mudanças na direção clínica, nos enfermeiros chefes e outras, que se refletiram no horário e distribuição dos enfermeiros, com as consequências inevitáveis no desenvolvimento do EC. A este respeito, Abreu (2003) refere-se às mudanças organizacionais ao nível das instituições

de saúde, com pouco envolvimento recíproco entre as instituições, refletindo-se na aprendizagem dos EE.

Apesar dos poucos aspetos positivos apontados pelo professor, poderemos considerar que, aparentemente, existiu uma maior colaboração e abertura da direção de enfermagem relativamente às solicitações do professor para a criação de condições favoráveis ao EC e, também, uma maior colaboração, especialmente, de um dos enfermeiros chefes, manifestada pelo seu interesse pessoal em estar presente na apresentação dos estudos de caso, em participar na discussão, em contribuir para a clarificação de ideias erradas, e no seu desejo da discussão ser alargada aos restantes enfermeiros do serviço, ou seja, num contributo significativo para o trabalho em parceria e para a diminuição do fosso teoria/prática e consequente aproximação serviço/escola, assim como para a melhoria dos cuidados prestados.

No entanto, apesar dos progressos percebidos no sentido da colaboração e aproximação interinstitucional, consideramos que foram ténues e pontuais, mais de boa vontade de alguns dos intervenientes (professor, um enfermeiro chefe, direção de enfermagem), parecendo continuar a não existir uma estratégia de fundo da parte do hospital no que respeitava à formação, ou uma estratégia concertada entre esta instituição e a escola, o que coincidiu com os dados da entrevista anterior, assim como com os dados das entrevistas exploratórias e com os dados das entrevistas dos enfermeiros chefes. Esta falta de priorização da formação por parte das instituições de saúde também foi referida nos estudos de Abreu (2003), Macedo (2009) e da HWA (2010).

Pelo relato do professor existiram mais dificuldades no 2º semestre, sendo que algumas já vinham a manifestar-se anteriormente, tendo as mesmas permanecido e/ou agravado, e outras foram surgindo de novo. Os aspetos negativos identificados foram:

- Alterações orgânicas no hospital, com as mudanças dos enfermeiros chefes e consequente mudança nas dinâmicas dos serviços, que trouxeram instabilidade para o EC e obrigaram o professor a um esforço acrescido, tendo-se percebido que as alterações introduzidas não foram articuladas com a escola nem contemplaram a dinâmica formativa dos EE em EC;

- Dificuldades de compreensão e de integração na dinâmica do EC por parte de um dos enfermeiros chefes;

- Menos oportunidades de aprendizagem para os EE, sobretudo, pela diminuição do número de doentes nos serviços;

- Desmotivação dos enfermeiros orientadores, sobretudo num dos serviços, decorrente da mudança de horários, do facto dos horários não serem compatíveis com a supervisão e com a falta de compensação económica; pensamos que esta desmotivação teve influência na ausência dos enfermeiros orientadores na apresentação de estudos de caso feita pelos EE, e na manifestação de indisponibilidade num dos serviços, para continuarem como orientadores no ano letivo seguinte; tendo em conta o processo favorável de desenvolvimento de competências em que os enfermeiros orientadores em causa se encontravam no semestre anterior, consideramos tratar-se de um recuo no processo de parceria; contudo, esta desmotivação não foi confirmada pelos resultados do questionário aos enfermeiros;

- Permanência de menor disponibilidade dos enfermeiros orientadores para a supervisão pelo facto de estarem inseridos no plano de trabalho, aspeto já mencionado no semestre anterior e que foi dominante em todo o processo de colheita de dados; lembramos o já referido por vários autores quanto à falta de disponibilidade para a função de supervisão dos EE, pela sobrecarga de trabalho, deixando-a para segundo plano (Edmond, 2001; Belo, 2003; Silveira, 2009; Benner et al., 2010; Bourgeois et al., 2011; Silva et al., 2011; Walker et al., 2012) e, neste contexto, o referido pela NMC (2008) relativamente à necessidade de os *preceptores/mentores* de darem prioridade à orientação dos EE no contexto das suas funções como enfermeiros;

- Intermitência de enfermeiros orientadores no mesmo serviço, num curto espaço de tempo;

- Variação excessiva dos rácios enfermeiros orientadores/EE;

- Alternância frequente dos EE entre as 2 alas dos serviços, como consequência da descontinuidade dos enfermeiros orientadores e da dinâmica de cada serviço.

Dado o quadro de instabilidade do hospital e as características próprias da instituição, as expectativas manifestadas pelo professor do EC B foram maioritariamente negativas. Apesar de prever alguma continuidade dos enfermeiros orientadores, previu também dificuldades decorrentes da instabilidade referida, assim como, probabilidade de interferência negativa da equipa médica, este último aspeto evidenciado também nos resultados das entrevistas dos enfermeiros chefes e, quanto a nós, a ter de merecer especial atenção da escola.

Também no que respeita à entrevista do professor do EC A o conteúdo da entrevista centrou-se à volta dos três temas principais: aspetos positivos, aspetos negativos e expectativas.

Os aspetos positivos apontados pelo professor foram:

- O desempenho dos enfermeiros orientadores, considerando-o globalmente positivo, sobretudo, no que respeitava à observação dos EE e a outras atividades inerentes; no entanto, as suas considerações pareceram-nos em parte contraditórias, uma vez que acabou por admitir que os enfermeiros orientadores estavam mais sobrecarregados e menos disponíveis para a supervisão, sendo que pensamos que perante a pergunta acerca do desempenho, não quis abordar diretamente a questão, talvez para não colocar em causa a prestação dos enfermeiros orientadores;

- As condições globais dos serviços, considerando-as boas tendo em conta os objetivos do EC em causa e apesar da menor diversidade de experiências em relação aos CPC de outras instituições, o que coincidiu com os resultados da observação;

- A presença de estudantes de 2º ciclo num dos serviços, encarada como promotora da aprendizagem dos EE e contrariando a perceção que tivemos quando observamos o CPC;

- A manutenção por parte dos enfermeiros orientadores do formato de organização da supervisão dos anos anteriores;

- A seleção dos enfermeiros orientadores, tendo permanecido os mesmos dos anos anteriores; apesar de ter sido do agrado do professor e de ter podido manifestar a sua opinião, a mesma foi realizada pelos enfermeiros chefes, mais segundo os seus critérios, não se tendo verificado a participação da escola no processo, assim como, não se verificou a existência de um processo formal e concertado entre as instituições a propósito da seleção dos enfermeiros orientadores, o que está de acordo com o verificado nos resultados das entrevistas exploratórias, nas entrevistas do professor do EC B e nas entrevistas dos enfermeiros chefes; como já referimos anteriormente, a seleção de enfermeiros orientadores é algo muito defendido em vários estudos, por muitos autores, que deve ser partilhada entre as instituições de saúde e de ensino e obedecendo a critérios claros e estabelecidos previamente (Catarino, 1994; CNA, 2004; Cruz, 2004; Cordeiro, 2008; NMC, 2008; Soares, 2009; HWA, 2010).

Tal como nas entrevistas realizadas ao professor do EC B e nas realizadas aos enfermeiros chefes, também nesta entrevista os aspetos negativos identificados foram em maior número que os positivos. Assim, os itens abordados foram:

- As dificuldades de comunicação dentro do próprio hospital, evidenciadas por algum receio de os enfermeiros orientadores em manifestarem abertamente o seu descontentamento, e pela sua necessidade de subtilmente utilizarem o professor como

veículo da mensagem para a escola, o que também revelou alguma dificuldade de comunicação com esta instituição; as dificuldades de comunicação intrainstitucionais e interinstitucionais tinham sido identificadas também nas entrevistas exploratórias e nas realizadas aos enfermeiros chefes;

- As mudanças nos serviços, decorrentes das mudanças no hospital, que se repercutiram no desenvolvimento do EC, evidenciando falta de comunicação interinstitucional e falta de atenção por parte do hospital relativamente às implicações das mudanças nos processos formativos dos EE, tal como constatado no EC B;

- A interferência de um dos enfermeiros chefes no EC, através da manifestação de desagrado relativamente ao número de EE, também revelando algumas lacunas de comunicação dentro do hospital;

- Falta de colaboração da equipa na supervisão, revelando algum conflito com os enfermeiros orientadores e reação de resistência e não envolvimento na orientação dos EE, assim como a existência de um clima tenso no seio da equipa; a falta de colaboração da equipa também foi constatada durante a observação e através dos resultados das entrevistas dos enfermeiros chefes; a existência de focos de tensão entre os enfermeiros orientadores e os restantes elementos da equipa de enfermagem é referida também por Simões (2004) e Silva et al. (2011) como dificuldades ao processo de supervisão dos EE; a falta de acolhimento das equipas é referida por alguns autores (Ramos, 1995; Santos, 2009a) como barreira ao desenvolvimento de competências dos EE em EC;

- O enfermeiro orientador estar inserido no plano de trabalho, considerado um aspeto problemático já mencionado anteriormente no EC B, pela menor disponibilidade para a supervisão e em parte para a realização de OT, parecendo que em determinadas alturas os EE ficaram mais entregues a si próprios, gozando de uma autonomia que não era ainda suposta, aspeto que também foi identificado através da observação;

- O enfermeiro orientador com acumulação de outras funções, como de responsável de turno ou de coordenação, facto também detetado durante a observação e que diminuía ainda mais a sua disponibilidade para a supervisão, revelando não cumprimento do acordado com a escola, assim como distribuição dos enfermeiros orientadores pelos enfermeiros chefes, aparentemente, sem atender às necessidades de supervisão dos EE; este aspeto foi também constatado na observação, tendo-nos causado alguma perplexidade, uma vez que já tinha sido debatido pela CUEE em reunião com a direção de enfermagem, mas parecendo não ser respeitado, ou por

lacunas de comunicação, ou simplesmente porque cada serviço tinha de funcionar com os recursos disponíveis e servir apenas os objetivos institucionais que, manifestamente, não contemplavam a formação;

- O descontentamento dos enfermeiros orientadores manifestado explicitamente ou implicitamente, perante a falta de compensação económica, a sobrecarga de trabalho, a falta de colaboração dos colegas, as mudanças no hospital, a insegurança devida ao clima de instabilidade; este descontentamento também tinha sido referido pelos enfermeiros chefes e pelo professor do EC B;

- O desconforto do professor relativamente à situação dos enfermeiros orientadores, não se sentindo à vontade para lhes fazer solicitações, pela sobrecarga de trabalho e pela situação de desigualdade em relação a enfermeiros orientadores que colaboravam noutras instituições;

- A dificuldade de realização de OT conjuntas, com professor e enfermeiros orientadores, pelo facto de não estarem planeadas, por os orientadores estarem menos disponíveis e por alguma aparente resistência dos mesmos; este aspeto também já tinha sido constatado durante a observação e relevou a importância de os professores dos diferentes EC analisarem e discutirem os pressupostos e as condições para a realização deste tipo de OT de uma forma mais homogénea e de, porventura, se proceder à sensibilização dos enfermeiros orientadores para a importância dos assuntos do EC serem analisados e discutidos entre todos os intervenientes.

O relato do professor refletiu expectativas pouco animadoras no sentido em que transpareceu alguma dificuldade em trabalhar, sobretudo com o serviço em que o enfermeiro chefe se tinha oposto ao EC. Contudo, aceitava que pelo protocolo estabelecido teria de colaborar. Também, considerou conveniente que os enfermeiros orientadores não estivessem inseridos no plano de trabalho, o que esteve de acordo com os resultados das entrevistas dos enfermeiros chefes.

Pelo exposto verificamos recuos no processo de parceria e divergência entre as metas do hospital e os objetivos do ensino, assim como falta de comunicação interinstitucional. As mudanças no hospital não foram articuladas com as necessidades formativas dos EE, ficando estas em segundo plano. Os problemas identificados e as expectativas globais reveladas pelos professores evidenciaram a necessidade de maior comunicação dentro das duas instituições e, também, interinstitucional, de forma que as condições da orientação não andassem ao sabor das conceções e critérios individuais, sobretudo de cada enfermeiro chefe, mas serem antes um plano concertado, cumprido e

verificado por ambas as instituições. Todos estes dados convergem com o referido por vários autores acerca da falta de comunicação escola/CPC nos processos de articulação interinstitucional (Van Velze, 1991; Amaral, 1995; Borges, 2010) e da necessidade de incremento da mesma através de protocolos efetivos de colaboração (Amador, 1991; Brun, 1995; Coelho, 2000; Franco, 2000; Edmond, 2001; Frias e Barroca, 2002; Carvalhal, 2002; Longarito, 2002; Mestrinho, 2002; Simões, 2004; Andrade, 2005; Abreu, 2007; Garrido e Simões, 2007; Garrido et al., 2008; Macedo, 2009; Rua, 2009; Borges, 2010). Os protocolos devem subentender vários princípios, entre ao quais a comunicação interinstitucional efetiva e a definição clara dos objetivos, direitos e responsabilidades de todos os intervenientes (Clare et al., 2003; QAA, 2007; HWA, 2011).

Também as referências consultadas acerca da implementação das DEU na Austrália e noutros países (Edgecombe et al., 1999; Wotton e Gonda, 2004; Ranse e Grealish, 2007; DEU Project Team, 2008; Miller, 2005; Moscato et al., 2007; Mulready-Shick et al., 2009; Dyess et al., 2010; Mullenbach e Burgraff, 2011; Murray e James, 2011; Maguire et al., 2012), e da CLU no Canadá (Lougheed e Ford, 2005), relevam a necessidade do modelo ser bem planeado e acordado pelas instituições envolvidas no período que antecede a implementação. Para além disso, os autores referidos reforçaram a importância de previamente se clarificarem os critérios e a forma de avaliação da implementação do modelo, assim como, os meios de comunicação interinstitucional.

3.5 Dados Relativos aos Estudantes de Enfermagem

Os dados relativos aos EE foram recolhidos a partir de três vertentes, a saber: (i) através da análise das reflexões de alguns EE dos EC A e B; (ii) através da análise das avaliações realizadas pelos EE dos CPC, dos orientadores e de outros aspetos dos EC; e (iii) através das classificações obtidas pelos EE nos EC A e B.

3.5.1 Análise das Reflexões realizadas durante os Ensinos Clínicos

As reflexões realizadas pelos EE dos EC A e B foram obtidas a partir dos dois professores de cada um dos EC, uma vez que orientavam com regularidade os EE neste âmbito.

Na análise das reflexões deparamo-nos com algumas dificuldades que consideramos terem acarretado limitações relativamente aos dados colhidos e à sua interpretação. Por um lado, registamos diferenças significativas entre os vários EE quanto à profundidade e abrangência das reflexões. Por outro lado, as elações a retirar acerca da influência direta dos enfermeiros orientadores nos temas escolhidos pelos EE para refletirem, uma vez que muitos deles declararam durante a observação que nem sempre tinham tempo para acompanhar as reflexões dos EE, sendo que estas eram sempre seguidas mais de perto pelos professores e, por isso mesmo, aparentemente, mais expostas às suas orientações e conceções.

As reflexões foram analisadas tendo por base os objetivos traçados que consistiram na identificação de aspetos positivos e aspetos negativos ou dificuldades, por parte dos EE, quanto ao desenvolvimento do EC no serviço em que se encontravam (ver Anexo XIII).

Para assegurar o anonimato dos sujeitos envolvidos, tanto os EE como os enfermeiros orientadores são sempre referidos no sexo masculino, sendo os primeiros designados por números (ex. EE 1, EE 2, ...) e os segundos por letras do alfabeto (ex. orientador A, B, ...).

As reflexões analisadas corresponderam a 12 EE do EC A e B do ano letivo 2010-2011, provenientes dos 5 serviços, sendo 2 EE por serviço¹⁵, selecionados aleatoriamente, ou seja, escolhidos os últimos dois nomes da lista de distribuição dos EE para cada serviço. O número de EE de cada EC foi proporcional ao total de EE no HP por cada EC. No caso do EC B, as reflexões analisadas correspondentes a cada EE englobaram, genericamente, reflexões semanais correspondentes a 3 semanas antes das quais já tinha decorrido, aproximadamente, 50% do EC no semestre em causa. No EC A as reflexões analisadas englobaram reflexões diárias correspondentes às duas primeiras semanas de EC.

¹⁵ Num dos serviços, dado o maior número de EE, foram analisadas reflexões de 4 EE.

Optamos por ordenar os dados tendo em conta os serviços, pois pareceu-nos que esta estrutura nos permitiria verificar semelhanças e diferenças entre as reflexões realizadas pelos EE dos diferentes serviços. Intencionalmente, optamos por não apresentar os dados de acordo com cada EC, pois isso levaria à identificação dos serviços e profissionais envolvidos.

Assim, no **serviço 1**, quanto a **aspetos positivos** podemos constatar que os temas emergentes se centraram nas condições do serviço, em termos de oportunidades de aprendizagem em geral e, especificamente, a nível de técnicas, relação com o doente, e conhecimentos, no desempenho do enfermeiro orientador, no ambiente de grupo, e nas estratégias de adaptação.

No que diz respeito às oportunidades de aprendizagem referidas pelos EE, verificamos que podem ser mais gerais e implícitas em termos das expectativas criadas a partir da primeira semana de EC – “ [...] *Hoje posso dizer que me sinto de certo modo realizado e que trabalhar neste serviço vai ser muito importante para mim*” (EE10). Noutros relatos verificamos que as mesmas incidiram não só ao nível dos procedimentos técnicos, mas também, ao nível dos conhecimentos e da relação com o doente, as experiências foram muito marcantes dadas as características dos doentes e, também, ao facto de ser a primeira experiência hospitalar – “*Ao longo desta semana aprendi muita coisa, tive contacto com realidades que nunca tinha tido, evolui o meu nível de conhecimentos, a minha capacidade de comunicação, o trabalho em equipa, entre muitas outras coisas. [...] Realizei técnicas [...]. Foi bastante benéfica (a semana), para melhorar todas estas técnicas, tendo ganho mais destreza, conhecimento e capacidade para lidar com as situações*” (EE9).

Neste sentido, os sucessos a nível dos procedimentos técnicos são, obviamente, referidos pelos EE como aspetos muito positivos – “ [...] *Houve uma transferência que efetuei sozinho com a supervisão do enfermeiro orientador e surpreendi-me positivamente pois consegui transferir o doente sozinho do leito para a cadeira de rodas sem nenhum problema*” (EE12) .

Através das reflexões constatamos de forma mais ou menos explícita algumas estratégias adotadas pelos enfermeiros orientadores no acompanhamento da supervisão dos EE, sobretudo, no sentido de facilitar a sua integração no serviço. Uma das estratégias utilizadas foi a promoção da pesquisa em várias áreas, uma das quais a área da relação terapêutica – “*Esta semana as pesquisas recaíram sobre a relação terapêutica, os diferentes tipos de comunicação e sobre as diferentes alterações da*

linguagem que existem. Estas pesquisas tiveram como objetivo responder a dúvidas que surgiram no decorrer da prática e na exposição de situações aos colegas” (EE9).

Também se evidenciou a estimulação da pesquisa sobre situações novas para os EE e foi possível identificar a criação de espaços para esclarecimento de dúvidas:

– “ [...] Este primeiro contacto com o serviço e com o enfermeiro orientador foi bastante enriquecedor a todos os níveis. Foi-nos feita uma apresentação geral do serviço, do que iríamos encontrar, de como lidar com certas situações, entre muitas outras coisas. O enfermeiro orientador permitiu que refletíssemos um pouco, mostrando-nos certas realidades e como nos podíamos adaptar a elas. O acolhimento que foi feito foi importante e ajudou-me a estar mais por dentro do que iria encontrar no serviço. [...]” (EE9);

- “[...] O enfermeiro orientador fez uma visita guiada pelas instalações. Posteriormente, reunimo-nos [...] e em grupo falamos sobre as nossas expectativas para este EC, bem como os nossos medos [...]. Sinto que o grupo foi bem aceite pelos enfermeiros orientadores e que vamos desenvolver um bom trabalho ao longo destas oito semanas” (EE10).

Também a utilização da demonstração, para integrar os EE nos aspetos relacionados com a realização de algumas técnicas - “Observei o enfermeiro orientador a demonstrar a melhor forma de transferir da cadeira para a cama [...]. Todo o trabalho desenvolvido durante esta semana, assim como todos os alertas/críticas dadas pelos enfermeiros orientadores foram benéficos para o meu processo de aprendizagem” (EE9).

O facto de os enfermeiros orientadores terem dado a oportunidade aos EE de permanecerem em cada semana com o mesmo doente, promoveu o contacto dos EE com os doentes e a criação de condições para implementarem aspetos da relação terapêutica - “Ao longo desta semana senti uma maior facilidade no cumprimento dos objetivos propostos [...]. Esta melhoria foi resultado de uma melhor compreensão das tarefas e de um crescente contacto com o doente que me foi atribuído” (EE11); “ [...] Com o estabelecimento de mais contactos, a confiança depositada e o conhecimento da sua história pessoal irá crescer” (EE12).

Por outro lado, as reflexões deixam transparecer um bom relacionamento entre o grupo de EE, que se traduziu no trabalho em equipa que pareceu dever-se não só ao grupo em si, mas também às indicações dos enfermeiros orientadores, talvez não só como estratégia pedagógica, mas também porque eram estratégias também adotadas

pela equipa de enfermeiros do serviço – “*Sei que ao longo deste estágio vamo-nos deparar com muitos problemas e medos, mas depois da conversa que tivemos com o enfermeiro orientador I [...] chegamos à conclusão que nada melhor que trabalhar em equipa. [...]*” (EE10); “*Fiz duas camas de lavado, de utentes de outros colegas que se encontravam a realizar o banho, sendo um bom exemplo de trabalho em equipa, o que me agradou bastante, assim como terem feito a cama do meu utente enquanto o auxiliava no banho*” (EE9).

Verificamos que os EE refletiram também sobre as várias estratégias que utilizavam para resolver as dificuldades encontradas, como a observação prévia da realização de determinados procedimentos, ou pesquisa bibliográfica sobre temas novos ou a necessitar de maior aprofundamento.

Não se verificou a alusão a aspetos negativos propriamente ditos, mas antes a referência a **dificuldades**, sendo que os temas emergentes foram o impacto da tipologia dos doentes e condições do serviço, os procedimentos técnicos, o défice de conhecimentos e a relação com o doente.

O facto de os EE se terem confrontado com histórias de vida dos doentes, por vezes dramáticas, pareceu ter potenciado o impacto de terem de lidar com uma realidade para a qual não se sentiam preparados – “*Acho que o impacto inicial foi duro tanto para mim como para o grupo em geral [...]*” (EE10).

Também um EE mencionou alguns aspetos que se relacionaram com a disposição dos materiais, a triagem de roupas sujas e lixo, assim como o tipo de organização e dinâmica do serviço – “*Senti bastantes dificuldades nomeadamente no reconhecimento dos locais com o material necessário para as atividades, familiarizar-me com a triagem do lixo/roupa presente nesta instituição em particular, bem como a adaptação à rotina do doente atribuído [...], apenas me permite auxiliar na alimentação e avaliação de sinais vitais. Este facto não me permite treinar posicionamentos, transferências e cuidados de higiene [...]; Relativamente à elaboração do gráfico dos sinais vitais [...], senti dificuldades na adaptação à escala/legenda da folha própria da instituição [...]*” (EE12).

No âmbito da relação com o doente, foram visíveis os receios, inseguranças e tristeza dos EE ao confrontarem-se pela primeira vez com situações por vezes dramáticas – “*O meu utente [...] fez-me sentir com enorme tristeza e receio de como iria conseguir lidar com a situação*” (EE9).

Os procedimentos técnicos continuaram a ser bastante mencionados, mesmo os aparentemente mais simples, como a avaliação dos dados vitais ou a realização dos cuidados de higiene a doente do sexo oposto:

– “*Umas das dificuldades encontradas foi na medição da tensão arterial, visto não ter conseguido ouvir os batimentos cardíacos na artéria braquial, necessitando de ouvir mais uma vez [...]*” (EE9);

- “*A dificuldade que tive nesta primeira semana foi as transferências, os registos da avaliação dos sinais vitais [...]*” (EE10);

- “*Receio na próxima semana não alcançar os objetivos, uma vez que o doente pelo qual fiquei responsável é do sexo masculino, o meu maior receio é não conseguir executar os cuidados de higiene de uma forma eficiente*” (EE11).

Noutras situações as dificuldades situaram-se ao nível de procedimentos com algumas especificidades relativamente ao tipo de doentes em causa – “[...] *Fiquei encarregado de uma doente dependente por um dia e não fui capaz de atingir os objetivos nos momentos das transferências. Ambiciono na próxima oportunidade executar a técnica de uma forma eficaz*” (EE11).

Também a necessidade de recrutar conteúdos lecionados em semestres anteriores surgiu como essencial, sendo que um dos EE referiu não os ter tão presentes como era desejado, talvez também, pela interpelação dos enfermeiros orientadores nesse sentido – “*Admito que alguns conteúdos abordados em unidades curriculares precedentes já estão esquecidos, mas pretendo relembrar todos os conteúdos, uma vez que são essenciais neste EC*” (EE11).

Um EE fez alusão ao facto de, inicialmente, serem orientados a realizarem os procedimentos de acordo com o modelo exposto, mas posteriormente, a terem de ser adaptados ao serviço, embora o EE em causa não tenha feito nenhum juízo de valor, julgamos importante mencionar este registo: – “*Relativamente aos procedimentos e técnicas que utilizamos, numa primeira abordagem fomos avaliados conforme as técnicas que aprendemos na faculdade. Todavia, sabemos que estas terão de ser adaptadas quer ao serviço em causa quer ao nosso doente*” (EE10).

No **serviço 2**, quanto a **aspetos positivos** podemos constatar que os temas emergentes se centraram na relação terapêutica, nos procedimentos técnicos, no desempenho do enfermeiro orientador e nalgumas condições do serviço.

O EE 1 fez alusão à progressão da sua aprendizagem a vários níveis sob o ponto de vista de conhecimentos teóricos, competências técnicas e competências relacionais –

“[...] Aprendi patologias relacionadas com a prática [...], tive oportunidade de executar algumas técnicas [...], como punção com abocath [...], realização de pensos, remoção de drenos e administração de injetáveis intramusculares, [...] considero que consigo estabelecer um bom relacionamento com o doente e respetivos familiares”(EE1). Na reflexão deste EE não se notaram aspetos de desfasamento teoria/prática ou predominância dos aspetos técnicos em detrimento dos relacionais. Notaram-se aspetos pontuais de adaptação da técnica à situação concreta (ex. execução de penso) e metas semanais em termos de aquisição de competências técnicas, mas que consideramos estarem enquadradas nos objetivos do EC. Para além disso, o EE 1 fez uma reflexão interessante sobre a sua capacidade de lidar com um doente mais difícil, sob o ponto de vista comportamental e da importância do apoio do enfermeiro orientador na situação em causa – *“No entanto, o maior desafio com que me deparei ao desenvolver uma relação terapêutica com este indivíduo, foi a nível da comunicação. Este doente pode ser descrito como uma pessoa extremamente desconfiada, revoltada e solitária, que utiliza a intimidação como forma de relacionamento com o próximo. [...] Relativamente a esta situação, o enfermeiro orientador, compreendendo o ‘calibre’ do doente, tem sido incansável no apoio que me tem dado, quer nos procedimentos prestados, [...] como no auxílio da elaboração de estratégias para ‘amenizar’ os seus comportamentos agressivos. A comunicação e, consequentemente, o relacionamento terapêutico, são a principal área a investir na próxima semana de estágio”(EE1).* Pela sua reflexão damos conta da importância atribuída à comunicação, fruto não só das características pessoais do EE, mas também, da orientação que lhe foi dada pelo enfermeiro orientador em causa.

Também o EE 2 concentra uma grande parte das suas reflexões respeitantes às três semanas em causa, no âmbito da relação com os doentes e família e na análise das reações destes aos processos de adaptação às situações de doença, com dúvidas e interrogações acerca da sua intervenção perante os problemas com que se deparou. Neste relato não se evidenciou a alusão à intervenção do enfermeiro orientador ou às condições do serviço, mas dado o autoquestionamento do EE, subentende-se que com frequência o EE se interrogava e tinha muitas dúvidas acerca da sua atuação e das suas competências no âmbito relacional, podendo admitir-se que as condições do contexto de prática clínica lhe proporcionaram essa oportunidade, mas não tendo ficado evidente se existiu intervenção dos enfermeiros orientadores neste sentido, parecendo que o EE se debateu um tanto solitariamente com as suas interrogações – *“Ao longo desta semana*

tenho pensado nas dificuldades que tenho tido, e por estranho que pareça, algumas dificuldades encontro-as no facto de estar integrado num serviço de pacientes do sexo feminino, no qual eu nunca estive [...]. Sem dúvida que tentei adotar uma perspetiva mais descontraída para ultrapassar a tal barreira que algumas pacientes parecem querer manter, e irei tentar descobrir por mim qual a melhor postura a adotar” (EE2).

No caso do EE 1, mesmo perante as dificuldades resultantes da adaptação à mudança de ala no mesmo serviço, o EE relevou a importância da intervenção do enfermeiro orientador – “[...] Sinto que o apoio do enfermeiro orientador foi importantíssimo na medida em que a sua disponibilidade e apreço em nos dissolver todas as nossas dúvidas foi inquestionável”(EE1). O EE 1 acabou também por considerar que a sua mudança de ala dentro do serviço e, consequentemente, de enfermeiro orientador, lhe trouxe vantagens por aquilo que considerou ser uma “nova visão da enfermagem”, mas que na prática consistiu num aspeto de pormenor de execução técnica – “[...] Esta mudança de ala apresenta diversas vantagens para mim, [...] permite-me conhecer novas formas de execução de técnicas, como por exemplo, na execução de pensos, em que quando necessitava de uma tesoura esterilizada abria 2 'kits' de pensos (um de plástico e um de metal), mas aprendi um novo método com este enfermeiro orientador, em que para executar um penso semelhante só necessitei de 1 kit de pensos de plástico e de 1 bisturi esterilizado, havendo uma considerável poupança de recursos”(EE1). Esta apreciação da situação demonstra a importância de existir sintonia e articulação entre os enfermeiros orientadores do mesmo serviço, mesmo em aspetos que parecem de menor importância, mas que na verdade são significativos na aprendizagem dos EE.

Quanto às condições do serviço, o EE 1 foi referindo aquilo que considerou ser um “ambiente ... favorável à presença dos EE e à progressão da ... aprendizagem”, tendo apontado a vantagem de ter realizado dois turnos de tarde na semana em causa, pela oportunidade de poder realizar algumas técnicas que no turno da manhã não eram possíveis – “Relativamente a esta semana, a nível de horários, englobou dois turnos da tarde, que na minha opinião se mostraram extremamente benéficos e deram um grande impulso na minha aprendizagem” (EE1). A mudança de ala também se revelou benéfica pelas oportunidades de aprendizagem diferentes entre as duas alas do serviço em causa – “Nesta ... semana de estágio ... o meu principal desafio revelou-se o oposto do que me foi apresentado na semana anterior. Anteriormente, os doentes que me foram atribuídos eram maioritariamente de ambulatório, o que tornava o tempo para

despender nas relações terapêuticas mais curto. Já esta semana, foram admitidos no serviço vários doentes com níveis de dependência maiores [...]” (EE1).

No que diz respeito aos **aspetos negativos**, os temas emergentes foram as diferenças de organização de materiais entre as duas alas e a orgânica de distribuição dos enfermeiros orientadores no serviço.

De facto, se a mudança de ala trouxe benefícios na ótica do EE, como o contacto com outro tipo de doentes e com outro enfermeiro orientador e outras experiências, também trouxe dificuldades, como as diferenças significativas da disposição do material o que influenciou a prestação do EE – *“Um dos poucos obstáculos que senti nesta mudança de ala [...] foi a adaptação à disposição do material, pois embora o serviço seja o mesmo, a orgânica realiza-se de outra forma”. [...] Provocou um decréscimo da minha prestação, nomeadamente, a nível da eficiência da concretização dos procedimentos, por não saber onde se encontram os materiais que necessito” (EE1).* Por outro lado, o EE 1 apesar de ter considerado a realização dos dois turnos de tarde vantajosa, referiu ter sido contraproducente a sua realização na ala contrária, aquela para onde tinha mudado recentemente, supomos, por conveniência do serviço – *“No entanto, considero uma desvantagem que estes tenham sido realizados na ala poente, pois considero que seria uma forma de me ambientar de forma mais célere ao serviço (ala) que me encontro de momento (ala nascente)” (EE1).*

No que diz respeito ao **serviço 3**, pudemos verificar que as reflexões dos EE em termos dos **aspetos positivos** se centraram em temas como a adesão ao regime terapêutico, o desempenho do enfermeiro orientador, as estratégias de adaptação dos EE às dificuldades encontradas e a relação terapêutica.

Os EE fizeram incidir uma boa parte da sua reflexão nas questões da adesão dos doentes ao regime terapêutico, colocando várias dúvidas a este respeito e referindo dificuldades de atuação a este nível, mas também progressos nos resultados obtidos com as estratégias utilizadas – *“[...] A senhora questionou-me da seguinte forma ‘enfermeira, como é que eu vou conseguir calçar as minhas meias em casa uma vez que vivo sozinha?’. Rapidamente me veio à memória um calçador que todas as meias costumam trazer. [...] Fiz a demonstração com a senhora e pedi que o fizesse para vermos como é que iria ser quando fosse a utente a colocar em casa” (EE4).*

Também a relação terapêutica foi um dos alvos das reflexões, sobretudo do EE 4, que foi capaz de analisar esse item de uma forma mais aprofundada, verificando os seus progressos e as suas dificuldades – *“Embora tenha bem ciente na minha mente que*

tenho de progredir muito mais na minha comunicação, pesquisando formas de abordar os doentes ou lhes responder, sem fazer juízos de valor, continuo a pensar que mesmo passando por esta dificuldade fui útil naquele momento para a senhora, deixando-a mais aliviada e em paz consigo mesma [...] Senti-me muito bem, confesso até que me senti bastante recompensado por todo o meu trabalho e envolvimento com esta cliente” (EE4).

Verificou-se a referência a um dos enfermeiros orientadores do serviço como elemento fundamental na aprendizagem. O EE 3 mencionou-o apenas uma vez por aspetos técnicos, como a punção venosa para colheita de sangue, técnica que lhe causava grande receio e ansiedade, considerando que a intervenção do enfermeiro orientador foi crucial para que a punção fosse bem sucedida – “[...] *A minha doente tinha uma colheita de hemograma para fazer, ao que pedi ao enfermeiro (orientador) se seria possível fazer, fiz e correu bem, claro que a ajuda do enfermeiro foi fundamental, porque me deixou muito à vontade*” (EE3). No caso do EE 4 foi mais evidente o impacto do enfermeiro orientador em causa, tendo-se referido ao mesmo nas mais variadas situações, como para validação das suas intervenções, para obter a sua opinião acerca da tomada de uma decisão – “*No dia seguinte, quando iniciei o estágio falei com o meu enfermeiro orientador [...] e perguntei se poderia oferecer à minha doente o calçador que tinha adquirido para a minha utente*” (EE4); ou nos momentos de avaliação, como momentos propícios ao desenvolvimento pessoal, encarando o enfermeiro orientador como parceiro no seu processo de aprendizagem – “*Uma última vivência desta semana diz respeito à avaliação parcelar. Senti que não faltou dizer nada da parte de todos os enfermeiros orientadores, sendo que continuo e irei continuar a lutar para desenvolver o meu trabalho [...]. Adorei poder ter tido o enfermeiro x como meu orientador, pois fez-me crescer em todos os aspetos, não só a nível de enfermagem como a nível pessoal. Ajudou-me sempre a ultrapassar os meus obstáculos, dando-me incentivo e motivação para melhorar. [...] Desta forma, juntamente com o meu enfermeiro orientador irei continuar a esforçar-me para evoluir [...]*” (EE4).

Por outro lado, nos relatos dos EE subentenderam-se as dinâmicas utilizadas pelos enfermeiros orientadores no sentido de promoverem a sua aprendizagem – “ [...] *Foi-me dada a oportunidade [...] de escolher os meus doentes [...]. Como não podia deixar de ser, pela minha dinâmica e por me interessar sempre por casos complicados, escolhi uma doente internada, submetida a [...], diabética e que requeria imensas*

atividades de enfermagem [...]. Ao longo da semana, fui tendo sempre a oportunidade de ficar com esta doente. Gostei muito” (EE4).

Como **aspetos negativos** ou dificuldades emergiram a mudança de ala e algumas condições do serviço, os dilemas éticos, a insegurança, a relação terapêutica, a gestão de prioridades e os receios acerca do enfermeiro orientador.

Relativamente à mudança de ala os EE 3 e 4 relataram dificuldades um pouco à semelhança do EE 1 no serviço 2, mas de forma menos intensa, uma vez que neste caso as diferenças entre as alas pareceu ser menos significativa, no entanto, não deixou de ser uma chamada de atenção para este aspeto – *“Durante esta semana a primeira dificuldade que obtive foi a mudança de ala, senti-me um bocadinho como ‘peixe fora de água’, apesar de a ala ser praticamente igual, só que com tudo nos locais opostos, parecia quase o meu primeiro dia naquele serviço”(EE3), ou “[...] foi o primeiro dia de integração na ala poente do serviço, embora protocolos, métodos, trabalho e dinâmica não mudassem, senti-me completamente desorientado durante as primeiras horas; [...] Sentia-me deslocado e ao mesmo tempo um pouco desmotivado porque parecia tudo outra vez novo” (EE4).*

Para além da mudança de ala, os EE referiram-se a outras condições do serviço, como o elevado número de doentes internados num determinado turno, ou a sua grande rotatividade, aspetos que dificultaram o seu processo de adaptação – *“O serviço estava completamente ocupado com clientes de ambulatório, clientes sem regime de ambulatório, enfim um pouco de tudo”¹⁶. Penso que nem uma cama se encontrava livre. Desta forma, refletindo sobre essa tarde, confesso que não estive a 100% com os meus doentes atribuídos, deixando-os um pouco sem a minha normal atenção [...] (EE4).*

Por outro lado, a mudança de enfermeiro orientador no mesmo serviço, como consequência da mudança de ala também originou receios por parte dos EE – *“[...] Penso que seja normal, não só porque havia uma habituação pela disposição de todos os materiais nas salas, pela disposição da sala de enfermagem em si, assim como, pelo enfermeiro orientador que também é novo para nós e, como normal, me teria que adaptar ao seu método de trabalho e vice-versa” (EE4).*

Os EE 3 e 4 refletiram também sobre aspetos pertinentes acerca da informação a dar aos doentes e das suas interrogações neste âmbito, assim como, sobre a relação terapêutica a estabelecer com os doentes e família, especialmente quando se viam

¹⁶ A reflexão em causa reporta ao período em que as taxas de ocupação dos serviços não tinham começado a diminuir.

confrontados com situações de conflito familiar – *“Não saber o que dizer é das coisas que mais vezes me tem acontecido neste EC [...]. Continuo numa batalha para tentar ultrapassar a barreira que existe em mim quando vivencio situações que envolvem assuntos familiares, aos quais não quero nem tenho direito de fazer juízos de valor, tal como se encontra descrito no nosso código deontológico”*(EE4).

Por outro lado, as reflexões dos EE 3 e 4 incidiram sobre as suas inseguranças e medos relativamente à gestão de prioridades e aos procedimentos técnicos, relacionados com as suas experiências passadas, ou então, com as dificuldades inerentes à execução da técnica pela primeira vez e à adaptação da técnica à situação concreta de cada doente, tendo de lidar com o sofrimento dos doentes – *“Um terceiro momento que me fez pensar foi quando me propus algaliar uma utente que se encontrava com grande globo vesical e completamente cheia de dores. Era a minha primeira algaliação. Embora a técnica estivesse bem presente, confesso que o que mais me custou foi visualizar o meato urinário desta utente, a ponto de ter que ser um enfermeiro do serviço a algaliar a senhora [...]. Senti que, com a pressão de observar a senhora naquele estado e, também, por nunca ter tido a oportunidade de visualizar uma algaliação a uma senhora, fiquei inseguro [...]”* (EE4). Ou no caso de realização de punção venosa para colheita de sangue, em que as dificuldades se relacionavam não só com as experiências passadas do EE, mas também, com as experiências mais recentes de observação de punções venosas menos conseguidas, aspeto que demonstra o impacto que este tipo de situações pode ter na aprendizagem do EE e na sua autoconfiança, assim como nas suas conceções acerca da enfermagem – *“A terceira situação era o meu enorme medo por punções por nunca ter realizado e, sempre que via realizar, só conseguiam puncionar após várias tentativas, e por vezes nem isso, e eu olhava para a cara dos doentes, até parecia que sentia a dor deles, por vezes até tinha de sair, porque não conseguia ver o sofrimento dos doentes, e vinha sempre com isto para casa”*(EE3).

No **serviço 4**, no que respeita aos **aspetos positivos** os temas que emergiram foram: condições do serviço, desempenho do enfermeiro orientador e do professor, oportunidade de realização de procedimentos técnicos, relação com o doente e estratégias de adaptação às dificuldades encontradas.

Através das reflexões dos EE 5 e 6 pudemos identificar várias das estratégias utilizadas pelos enfermeiros orientadores que foram encaradas pelos EE como positivas aos vários níveis do processo de aprendizagem, como a integração e a adaptação ao serviço, a realização de procedimentos técnicos, a gestão de prioridades, a participação

na escolha dos doentes e a procura de novos conhecimentos, que passaremos a ilustrar com os relatos.

Assim, no que respeita às estratégias facilitadoras da integração e adaptação dos EE ao serviço, verificou-se que existiu uma preocupação dos enfermeiros orientadores em realizarem uma boa integração dos EE – *“Nesta semana de EC, teve especial importância os vários momentos de aprendizagem e esclarecimento de dúvidas, proporcionados pelos enfermeiros orientadores [...] Foi-me dado a conhecer e demonstrado o modo de funcionamento, o material e medicação que deve constar num carro de emergências. Iniciativas de aprendizagem como esta devem ser mais frequentes [...] (EE5); “Achei interessante explorar por dentro o carrinho de emergência, que só tínhamos ouvido falar em aulas teóricas na faculdade, foi a primeira vez que o vimos aberto, pudemos mexer no material e identificar alguns fármacos” (EE6).*

Subentendeu-se a partir das reflexões a adoção de estratégias por parte dos enfermeiros orientadores que responsabilizassem os EE no seu processo de aprendizagem, como a possibilidade de participarem na escolha dos seus doentes, ou de terem atribuídos doentes com maiores necessidades de cuidados, no sentido de estimular a sua capacidade de gestão de prioridades - *“Os enfermeiros orientadores têm-me dado, quando possível, a escolha de determinados doentes, [...] que requerem certas intervenções, constituindo assim a oportunidade de por em prática os meus conhecimentos, como aconteceu esta semana, em que me foi atribuída uma doente, com cateter venoso central [...]. Esta semana [...] foram-me delegados três doentes [...]. Este facto constitui uma experiência e um novo desafio, a que tive que me adaptar e criar estratégias para lidar com a situação (gerir o tempo para a prestação de cuidados despendido com cada doente)”(EE5).*

O papel dos enfermeiros orientadores foi relevado também ao nível dos procedimentos técnicos, assim como a oportunidade de os mesmos serem realizados de acordo com o aprendido na escola – *“A supervisão por parte dos enfermeiros orientadores na execução das técnicas constituiu um importante fator de aprendizagem [...]. Relativamente às técnicas, foi-nos sempre que possível proporcionada a oportunidade de pôr em prática os conhecimentos teórico-práticos adquiridos na faculdade” (EE5); “Observei uma colega a administrar medicação por cateter venoso central, que nunca tinha presenciado” (EE6).* A metodologia de os EE terem as próprias folhas de terapêutica para registo da administração de medicação dos seus

doentes revelou-se vantajosa – *“A elaboração da minha própria folha terapêutica permite-me um controlo mais eficaz da medicação de cada um dos doentes que me estão atribuídos e praticar o registo da administração, contribuindo para a minha autonomia e responsabilidade”* (EE5).

Através das reflexões, pudemos constatar que a discussão dos planos de cuidados foi também uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros orientadores – *“Depois de elaborar um plano de cuidados, discuto-o com os meus enfermeiros orientadores, para uma possível reformulação do plano [...]”* (EE5); *“Fiquei contente por saber que tenho evoluído nos planos de cuidados dos doentes, porque isso para mim significa que também tenho prestado mais atenção aos pormenores e que a comunicação tem sido mais eficaz”* (EE6).

Também a estimulação da pesquisa por parte dos EE, embora, aparentemente mais centrada ao nível das patologias e da farmacologia – *“Foi proposto à equipa de EE, por parte da orientação, a elaboração de um trabalho de pesquisa sobre as intervenções cirúrgicas mais comuns no serviço [...]”* (EE5); *“Tenho que continuar a estudar farmacologia”* (EE6).

As passagens de turno também foram apontadas como fatores promotores da aprendizagem – *“A participação nas passagens de turno, e a oportunidade de poder participar ativamente nelas, passando à equipa de enfermagem a informação relevante para a continuidade dos cuidados”* (EE5).

De uma forma geral, as estratégias adotadas pelos enfermeiros orientadores, como o questionamento, e o seu desempenho mereceu uma apreciação positiva dos EE – *“A experiência que me tem sido transmitida através da orientação, do esclarecimento de dúvidas e questionamento junto dos enfermeiros orientadores, tem sido uma mais-valia para a minha evolução ao longo deste estágio”* (EE5).

Por outro lado, a existência de avaliações intercalares, foi vista pelos EE como muito positiva, à semelhança do que tem sido referido anteriormente – *“Esta semana, com a avaliação parcelar, tenho refletido sobre os aspetos a melhorar. Momentos de avaliação como estes são importantes para o desenvolvimento e progressão em EC [...]”* (EE5).

A dinâmica de realização de estudos de caso introduzida pelo professor foi vista como muito positiva para a compreensão da situação de cada doente e como estimuladora da reflexão – *“Com o planeamento de cuidados e estudo clínico do doente,*

evolui na minha capacidade de pensar enfermagem, eficiência e rapidez na resposta às necessidades individuais de cada doente” (EE5).

Também as oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelo serviço, assim como o acolhimento por parte da equipa, são aspetos que são relevados pelos EE - *“O ensino (alta, saúde, assistência com meios técnicos, etc...) que tenho feito aos doentes, leva-me à procura de informação [...], a minha integração foi bem sucedida, senti-me integrado em campo de estágio tanto pela equipa de EE como pela equipa de enfermagem, que proporcionaram um bom ambiente de aprendizagem” (EE5).* Na opinião dos EE o serviço garantiu as oportunidades de aprendizagem necessárias à consecução dos objetivos - *“Os doentes que me têm sido delegados permitem-me pôr em prática técnicas diversas, planos de cuidados e estudos de caso” (EE5).*

As estratégias de adaptação dos EE às dificuldades encontradas centraram-se na pesquisa bibliográfica geral, na pesquisa de âmbito farmacológico e, também, na implementação de intervenções específicas ao nível da relação com o doente - *“Tenho tido a oportunidade de desenvolver competências na área da comunicação em enfermagem, com o estabelecimento de diálogo com o utente/família, no sentido de prestar escuta ativa, relação de ajuda e relação empática [...].” (EE5).*

Quanto às **dificuldades** reveladas pelos EE através das reflexões, constatamos que apenas o EE 6 se referiu às mesmas e centraram-se na elaboração dos planos de cuidados, nos conhecimentos, especialmente em farmacologia, na insegurança, na avaliação intercalar realizada pelos enfermeiros orientadores e nas condições do serviço, sobretudo, a atitude de enfermeiros do serviço.

Enquanto na maior parte das reflexões dos restantes EE a avaliação intercalar foi apontada como um aspeto positivo, no caso do EE 6 registou-se a manifestação de algum desagrado por considerar que o seu comportamento foi mal entendido por parte dos enfermeiros orientadores, e de alguma maneira se sentir “injustiçado” pela apreciação feita - *“Confesso que fiquei um pouco triste e desmotivado com a apreciação do meu trabalho como EE, mas principalmente, em relação à minha pessoa [...]. Aceito todas as críticas que me fizeram, mas sei que muitas delas não correspondem à verdade [...].” (EE6);* ou de uma forma mais velada deixa transparecer algum desconforto por considerar que nem sempre as suas intervenções junto dos doentes são reconhecidas ou valorizadas - *“Sei que o trabalho dos enfermeiros orientadores é complexo no sentido de verem tudo aquilo que nós fazemos, e mais*

difícil ainda é perceberem o nosso esforço em relação a algumas atitudes dos doentes” (EE5).

Também os conhecimentos, a fundamentação das ações realizadas, a insegurança e a elaboração dos planos de cuidados são aspetos que são focados pelo EE – *“As minhas maiores dificuldades neste momento passam por elaborar corretamente um plano de cuidados [...]. Tenho consciência que muitas vezes não sei fundamentar aquilo que faço na prática [...]. Às vezes sinto a falta de segurança naquilo que faço” (EE6).*

Outras considerações ao longo das reflexões deste EE evidenciaram mais uma vez o grande relevo dado pelos enfermeiros orientadores aos conhecimentos farmacológicos – *“Esta semana de EC não decorreu da melhor maneira possível, [...] falhamos em pormenores que fazem toda a diferença, como por exemplo, não fazer corretamente a triagem do lixo e não conseguirmos dar resposta a questões farmacológicas” (EE6).*

Por outro lado, através da reflexão deste EE evidenciou-se algum desconforto perante uma indicação de um enfermeiro do serviço – *“Quando esse enfermeiro do serviço disse que queria as coisas muito rápidas e bem-feitas, fiquei com receio e um pouco preocupado, porque sabia que com o serviço cheio não íamos conseguir aquilo que ele queria” (EE6).* Também, pouca compreensão relativamente ao estágio e necessidades de aprendizagem dos EE por parte dos enfermeiros do serviço e provável conflito entre estes e os enfermeiros orientadores, deixando transparecer algumas consequências para o EE em causa - *“[...] ‘Prestar os cuidados aos nossos doentes até às 10h da manhã’, como foi exigido assim que mudamos de ala, nesta frase referia-me a uma afirmação de um enfermeiro do serviço e não dos meus enfermeiros orientadores, visto que estes até nos defenderam e reconheceram que estamos num processo de aprendizagem e, consequentemente, ainda tínhamos algumas dificuldades na gestão do tempo. [...] Não quis apontar o nome de ninguém para não ferir susceptibilidades e isso prejudicou o meu raciocínio”. (EE6).*

No que respeita ao **serviço 5**, as reflexões dos EE 7 e 8 registaram referência a **aspetos positivos**, em menor escala que nos outros serviços, tendo-se centrado nos assuntos relacionados com os procedimentos técnicos, com a relação terapêutica e com as estratégias pedagógicas utilizadas pelos enfermeiros orientadores e/ou professor.

O sucesso relativamente aos procedimentos técnicos e as oportunidades no serviço para a sua realização continuaram a ser focos de atenção por parte dos EE –

“[...] Tive a oportunidade de realizar, pela primeira vez, uma punção venosa para colheita de sangue. Estava com um pouco de receio devido à posição da veia, se iria conseguir puncionar, se iria magoar a utente, mas superou as minhas expectativas” (EE7).

Também as estratégias a adotar para melhorar a relação terapêutica mereceram a atenção dos EE, evidenciando-se uma nítida intenção de refletir e de melhorar o desempenho neste âmbito – *“Pesquisei sobre o assunto nesse dia, e percebi que muitas vezes, os sentimentos negativos perante a situação se desenvolvem no domicílio, no meio familiar e social, e não propriamente no internamento. Encontrei algumas referências sobre alguns exercícios que são necessários serem desenvolvidos, e preparei alguns para trabalhar com a utente, e deste modo, tentar estabelecer uma relação de empatia. [...] Foi muito interessante ter acompanhado a utente durante esta semana, pois consegui aprofundar conhecimentos sobre o assunto, e tentar perceber o que poderia fazer de relevante para esta utente” (EE7).*

Tal como noutros serviços, verificou-se também alusão aos benefícios da avaliação intercalar – *“[...] Foi uma semana de retrospeção da primeira parte do EC e a respetiva avaliação intercalar. Foi uma semana que me permitiu rever e avaliar todas as minhas dificuldades e aspetos positivos, com o objetivo de fazer uma segunda parte de EC ainda melhor. [...] Após ouvir o feedback do enfermeiro orientador e professor, que também considero terem sido positivos, penso que se enquadram na minha avaliação e vão de encontro às minhas dificuldades, aspetos positivos e aspetos a melhorar” (EE 8).*

Em contrapartida os **aspetos negativos/dificuldades** mencionados pelos EE foram em número considerável e centraram-se na relação com o doente e família, nos procedimentos técnicos, na avaliação do doente em geral e, em especial do doente com dor, na gestão do stress e das prioridades e nas condições do serviço e/ou hospital.

Os procedimentos técnicos continuaram a ser alvo da atenção dos EE tanto por razões positivas, como pelas dificuldades sentidas – *“[...] Relativamente a técnicas mais práticas, tive a oportunidade de estar em permanente contacto com um cateter venoso central, o que no início me deixava um pouco apreensivo, pois sentia que não tinha confiança nem autonomia para manipular este cateter” (EE8).*

Outras situações deixaram por vezes os EE apreensivos, como por exemplo, a capacidade para proceder a uma adequada colheita de dados de forma a sustentar uma intervenção adequada perante o doente – *“[...] A filha referia-me que o utente*

necessitava de ajuda para deambular e para tomar banho. Logo pensei em levantar o diagnóstico de ‘capacidade para andar diminuída’. [...] Quando no dia seguinte [...] o utente deambulava bastante bem, sem necessitar de ajuda técnica, mas sim alguma vigilância. Acho que me precipitei um bocado, sem avaliar realmente a condição do utente” (EE7). Ou então, quando essa avaliação consistia na abordagem do doente com dor e com a necessidade de, por um lado lidar com o sofrimento do doente e, por outro, tomar as decisões mais ajustadas confrontando os dados do doente e o meio envolvente e os conhecimentos adquiridos na escola – “Esta semana senti pela primeira vez uma incapacidade em contacto com uma situação específica que me limitou na minha prestação de cuidados a utente. [...] A utente referia uma dor bastante intensa no local de inserção do dreno [...]. Foram administrados todos os analgésicos que estavam prescritos, mas não surtiram efeito. [...] Senti-me completamente incapaz, pois as intervenções não farmacológicas para controlo da dor não estavam a ser eficazes” (EE7). A propósito desta situação concreta o EE referiu-se à orgânica do hospital que considerou dificultar o atendimento adequado do doente – “A dependência que os enfermeiros têm em relação aos médicos para a administração de analgésicos também me chamou bastante a atenção [...]” (EE7).

Também a relação com os doentes e família, assim como, a gestão da informação a dar aos mesmos, constituíram motivos de dificuldade e de apreensão para os EE, sendo que os mesmos colocaram muitas interrogações acerca do seu desempenho e da forma correta de intervir em situações de maior vulnerabilidade dos doentes e famílias, revelando grande necessidade de orientação neste aspeto:

– *“Tive o primeiro contacto com a utente no primeiro dia após a cirurgia x. A minha grande dificuldade nesse dia foi relacionada com o facto de abordar o assunto com a utente antes que esta tivesse a perceção visual do resultado da cirurgia. [...] Acho que o que mais me preocupou inicialmente foi a reação da utente perante o assunto. [...] Tentei colocar-me no lugar da utente. [...] Agora refletindo no assunto, e após ter conversado com ela [...], percebi que deveria ter questionado a utente sobre isso” (EE7);*

- *“O primeiro contacto com o utente foi um pouco difícil, pois estava com febre e apresentava-se um pouco desorientado. [...] Não consegui falar com a família sobre as medidas de segurança para implementar no domicílio, pois só me foquei no utente enquanto internado. [...] Outra dificuldade que tive esta semana foi responder a uma pergunta de uma doente que carecia de explicação médica e não de enfermagem. [...]*

Fiquei um pouco embaraçado por não ter conseguido responder à doente de forma completa” (EE8);

- “A minha maior dificuldade nesta semana foi a comunicação com a utente. [...] Senti que não havia confiança por parte da utente relativamente a mim” (EE7).

A gestão de prioridades e do stresse também foram aspetos sobre os quais as reflexões dos EE incidiram – *“No início da semana fiquei um pouco desorientado com a integração de uma colega no serviço, ao mesmo tempo que tinha 2 doentes atribuídos. A maior confusão foi o facto de inicialmente não ter estabelecido as prioridades de forma correta [...]. A gestão de tempo que fiz não foi a mais correta, tenho por isso que melhorar este aspeto. [...] Sinto que o único problema é mesmo a forma como vivo um momento de stresse, uma vez que fico desorientado quase sem saber o que fazer” (EE8).* Por vezes, as dificuldades dos EE na gestão dos cuidados, aliadas às condições dos doentes e do serviço parecem ter contribuído para a sensação de insucesso – *“[...] Durante uma admissão que fiz a uma utente com cirurgia eletiva [...], além da colheita de dados habitual no serviço, tive que fazer uma colheita de sangue [...], cateterizar a doente, fazer pesquisa de glicemia e tricotomia. Devido ao tempo que tinha, visto que a utente entrou no serviço às 14h, e tendo em conta que a cirurgia era em 2º tempo, fiquei um pouco atrapalhado” (EE8).*

Síntese, Interpretação e Discussão dos Resultados

Dos dados expostos anteriormente realizamos uma síntese com a respetiva interpretação e discussão, seguindo a ordem anterior. Para uma visão mais global e clarificadora sintetizamos os dados principais num quadro, no qual inserimos os aspetos positivos e aspetos negativos/dificuldades por serviço.

Quadro Número 23 – Síntese Análise das Reflexões dos EE

Itens de análise Serviços	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos/Dificuldades
Serviço 1	Ambiente de grupo Estratégias de adaptação dos EE Procedimentos técnicos Estratégias pedagógicas Oportunidades de aprendizagem Equipa de enfermagem	Conhecimentos Procedimentos técnicos Relação com o doente Tipologia de doentes Organização/dinâmica do serviço
Serviço 2	Procedimentos técnicos Relação terapêutica Desempenho enf. orientador Condições do serviço	 Distribuição de enf. orientadores Condições do serviço
Serviço 3	Adesão terapêutica Relação terapêutica Estratégias de adaptação dos EE Desempenho enf. orientador	Relação terapêutica Dilemas éticos Gestão de prioridades Insegurança dos EE Desempenho enf. orientador Condições do serviço
Serviço 4	Procedimentos técnicos Relação terapêutica Estratégias de adaptação dos EE Desempenho professor Desempenho enf. orientador Condições do serviço	Conhecimentos Planos de cuidados Desempenho enf. orientador Condições do serviço
Serviço 5	Procedimentos técnicos Relação terapêutica Estratégias de adaptação dos EE Desempenho enf. orientador	Atividade diagnóstica Gestão de prioridades Gestão do stress Procedimentos técnicos Relação terapêutica Abordagem doente com dor Gestão informação ao doente Condições do serviço Organização do hospital

Através dos resultados da análise e do Quadro Número 23¹⁷ apresentado, verificamos que os itens de reflexão dos EE se centraram, essencialmente, no seu desempenho e nas questões relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes, o que é compreensível, dados os objetivos dos EE e as orientações que receberam da escola, mais concretamente dos professores, quanto à estrutura de desenvolvimento das suas reflexões.

Notamos ainda que no serviço 5 foi mencionado o maior número de aspetos negativos e/ou dificuldades relacionados com o desempenho dos EE. Se é certo que foi

¹⁷ Neste quadro, em cada linha correspondente a cada serviço, separámos por um pequeno espaço os aspetos que se relacionavam com a prestação dos EE e a assistência aos doentes, dos aspetos que se relacionavam com o serviço e/ou hospital e com o enfermeiro orientador e/ou professor.

referido pelo professor e enfermeiro orientador que a carga de trabalho e a rotatividade dos doentes neste serviço em determinadas alturas era excessiva e prejudicial à aprendizagem dos EE, não fica clara a ligação direta entre este facto e o maior número de dificuldades dos EE, apenas poderemos afirmar que poderá existir alguma relação.

Verificamos que a relação terapêutica com o doente surgiu como alvo de reflexão por quase todos os EE e em todos os contextos de aprendizagem, fosse pelos progressos e sucessos conseguidos, fosse pelas dificuldades, o que nos permitiu concluir que este aspeto foi muito valorizado pelos EE em causa. Em dois casos (serviços 1 e 2) os dados revelaram alguma intervenção direta dos enfermeiros orientadores naquela valorização e noutro caso (serviço 3) verificou-se uma alusão que subentendeu a intervenção do enfermeiro orientador neste aspeto concreto. Nos restantes casos os dados não nos permitiram clarificar plenamente este aspeto no sentido de saber se a valorização da relação terapêutica se deveu ao interesse dos EE em causa, se à intervenção do enfermeiro orientador, se à intervenção dos professores, ou se à conjugação da ação de dois ou três dos intervenientes. Por outro lado, a valorização da relação terapêutica nas reflexões dos EE não coincidiu com os dados colhidos durante a observação, em que se verificou aparente desvalorização deste aspeto por parte dos enfermeiros orientadores e dos EE. Nesta perspetiva, julgamos que a intervenção dos professores conjugada com o interesse dos EE em causa possa ter tido maior influência, uma vez que orientavam com regularidade as reflexões dos EE.

Em vários casos e contextos foi notória a dificuldade dos EE em lidarem com problemas como o comportamento adverso dos doentes, a gestão da informação a dar ao doente e família e o sofrimento dos doentes, parecendo na maior parte dos casos, que tentavam resolver por si os dilemas encontrados, sem que se evidenciasse a ajuda direta dos enfermeiros orientadores. Consideramos que este aspeto possa estar relacionado com a menor disponibilidade dos enfermeiros orientadores para a supervisão integral dos EE, com o menor conhecimento por parte dos mesmos das reflexões dos EE, pela pouca disponibilidade em as analisar e/ou por considerarem ser esse um aspeto mais da responsabilidade dos professores, o que está de acordo com os dados da observação e das entrevistas realizadas ao professor do EC B. Consideramos importante voltar novamente ao conceito multidimensional de competência (saber, querer e poder agir) defendido por Le Boterf (2005) e de, em contexto da prática, ser importante que os formandos se confrontem com situações de complexidade crescente para que se processe o desenvolvimento de competências. O autor reforça estratégias, como a

resolução de casos, que neste âmbito consideramos importante. Também nestas situações, sobretudo de confronto com a vulnerabilidade e sofrimento do outro, quanto a nós, faz todo o sentido o desenvolvimento da inteligência emocional referido por vários autores (Goleman, 2001; Bermejo, 2005; Ascenso, 2007). No contexto dos trabalhos sobre EC em enfermagem, vários autores referem-se às características pessoais do EE que podem influenciar positivamente a aquisição e desenvolvimento de competências em EC: a maturidade e a componente afetivo-emocional do EE (Carvalho, 2002; Mendonça, 2009; Rua, 2009); Dias (2005) também se refere ao desenvolvimento global dos formandos e à capacidade de pensar e de agir em situações complexas, assim como de utilização da comunicação terapêutica. D'Espiney (1997), McBrien (2006) e Macedo (2010) referem-se à imprevisibilidade, complexidade e aos constrangimentos do ensino em situação de prática real. Perante estas circunstâncias Benner et al. (2010) referem-se à importância da *"pedagogia da contextualização"*, sendo necessário ajudar o EE em EC a ter em conta a situação particular dos doentes, numa perspetiva de abordagem holística.

Os procedimentos técnicos surgiram como alvos de reflexão nos serviços 1, 2, 4 e 5, nuns só como aspeto positivo, noutros como aspeto positivo e, também, como negativo. Não se verificou nas reflexões analisadas a predominância dos aspetos técnicos em detrimento dos relacionais por parte dos EE em causa, sendo que por isso não coincidiu com o verificado durante o período de observação. Relevamos o relato de um dos EE acerca dos procedimentos técnicos, que numa primeira fase eram realizados como a escola preconizava, mas depois tinham de ser *"adaptados ao serviço"*, e questionámo-nos acerca do tipo de adaptação a que o EE se estava a referir, assim como, se iria de encontro ao modelo em uso, tal como constatado na observação. Seria um aspeto que teria de ser verificado pelo professor e discutido com os enfermeiros orientadores, quais os princípios subjacentes às adaptações, se estamos perante uma nova metodologia que traduz saber oriundo da prática (Schön 1983/1989), se estamos perante uma incompatibilidade entre o modelo exposto e o modelo em uso, como é referido por muitos autores (Van Velze, 1991; Amaral, 1995; Carvalho, 2002; Belo, 2003; Fernandes, 2004; Andrade, 2005; Simões et al., 2006; Dixe, 2007; Fernandes, 2008; Garrido et al., 2008; Borges, 2010; Macedo, 2010).

Também as estratégias adotadas pelos EE para se adaptarem às situações ou para superarem as dificuldades encontradas, foram mencionadas como aspetos positivos nas reflexões de EE de 4 dos serviços, o que julgamos dever-se em parte à orientação dada

pela escola e pelo professor quanto aos alvos de reflexão e, também, ao interesse e esforço dos EE em causa na progressão da sua aprendizagem.

O desempenho do enfermeiro orientador foi mencionado em todos os serviços como aspeto positivo o que é significativo e parece revelar contentamento global dos EE com a supervisão realizada pelos enfermeiros orientadores. Evidenciou-se a satisfação dos EE com a utilização de algumas estratégias pedagógicas por parte dos enfermeiros orientadores, como: (i) a participação na escolha dos seus doentes; (ii) a possibilidade dos EE darem continuidade aos cuidados, acompanhando os mesmos doentes num determinado período de tempo; (iii) a promoção da integração prática de conhecimentos; (iii) a estimulação da pesquisa bibliográfica; (iv) a realização dos procedimentos técnicos de acordo com as indicações veiculadas pela escola; (v) o questionamento; e (vi) as avaliações intercalares. Esta visão dos EE não coincide em parte com os dados da observação, onde a estimulação da pesquisa e questionamento pareceram mais deficitários.

Como aspetos negativos relacionados com os enfermeiros orientadores e mencionados pelos EE evidenciaram-se 2 situações em serviços diferentes: (i) no serviço 3, em que se subentendeu pela análise da reflexão de um EE que existiam receios relativamente à adaptação ao “*método de trabalho*” de um dos enfermeiros orientadores; e (ii) no serviço 4, em que um EE referiu discordância da avaliação realizada pelos enfermeiros orientadores. As situações mencionadas não sendo significativas evidenciaram alguns focos de descontentamento com o desempenho de alguns enfermeiros orientadores. A este respeito consideramos importante referir uma situação relatada no serviço 2, que não foi mencionada pelos EE como aspeto negativo, não estando por isso indicada no Quadro atrás mencionado, mas que revelou que a mudança de enfermeiro orientador, como consequência da mudança de ala, acarretava diferenças na orientação dos EE, pelo menos num dos procedimentos técnicos.

As condições dos serviços foram mencionadas como aspetos positivos nos serviços 2 e 4, tendo-se verificado a alusão às oportunidades de aprendizagem, ao *ambiente favorável à progressão* e ao acolhimento da equipa. O espírito de grupo no seio da equipa de enfermagem do serviço 1 também criou ambiente favorável à aprendizagem. Nos estudos de Ramos (1995) e de Carvalho (1996) o acolhimento por parte dos CPC também foi referido como propício ao desenvolvimento de competências dos EE.

No entanto, foram mencionados aspetos negativos relacionados com os serviços em todos os contextos de aprendizagem: (i) No serviço 1, a tipologia de doentes e a organização e dinâmica, com especificidades muito próprias; (ii) no serviço 2 a diferença significativa de dinâmica e disposição de materiais entre as duas alas do serviço, foi referida como uma dificuldade, assim como a distribuição dos enfermeiros orientadores durante os turnos da tarde, que obrigava à mudança de ala dos EE nesses turnos, influenciando negativamente a sua adaptação e o seu desempenho; (iii) no serviço 3, um dos EE referiu-se à mudança de ala como uma dificuldade pela diferente disposição do material, condicionando alguma quebra de ritmo na sua prestação, também foi referida a sobrelotação de doentes num determinado turno; (iv) no serviço 4, a atitude menos favorecedora da aprendizagem de um dos enfermeiros, e a aparente existência de conflito latente entre a equipa de enfermagem e os enfermeiros orientadores, o que coincide com o relato do professor; e (v) no serviço 5, a aparente falta de condições para que um dos EE, num turno, prestasse os cuidados em tempo útil. Como referido em subcapítulos anteriores, constatamos que os aspetos relacionados com a formação dos EE são relegados para segundo plano perante as necessidades concretas dos serviços e a dotação de pessoal, tal como é referido pela HWA (2010). Constatamos alguns focos de conflito entre enfermeiros orientadores e restantes enfermeiros da equipa, que convergem com achados de outros estudos (Simões, 2004; Silva et al., 2011).

Do exposto anteriormente, constata-se que alguns dados são coincidentes com os dados da observação. Os dados relativos aos serviços 4 e 5 vêm de encontro aos dados da observação e das entrevistas com os professores. A intervenção dos enfermeiros orientadores, globalmente, mereceu uma apreciação positiva por parte dos EE, pelo que não convergem totalmente com os resultados da observação. Também podemos constatar que se evidenciou a necessidade dos enfermeiros orientadores terem conhecimento pleno das reflexões realizadas pelos EE, para os poderem orientar de forma mais adequada, ajudando-os a encontrar soluções para as suas dificuldades. Por último, ficou claro que existia uma necessidade dos serviços enveredarem mais esforços no sentido da criação de condições mais favoráveis à aprendizagem dos EE. As características dos CPC e as respetivas condições quanto à formação dos profissionais de saúde e/ou dos EE constituem dos aspetos mais focados também na literatura consultada (Galvão, 1995; Coelho, 2000; WHO, 2001b; Clare et al., 2003; Portugal, 2004; Hand, 2005; QAA, 2007; Garrido et al., 2008; Santos, 2009; HWA, 2010).

3.5.2 Análise das Avaliações dos Contextos de Prática Clínica

Os dados relativos às avaliações dos CPC realizadas pelos EE referem-se a todos os serviços do HP onde decorreram os EC A e B nos anos letivos 2009-2010 e 2010-2011, e foram colhidos a partir das avaliações realizadas pela escola, através de instrumentos pré-existentes. Poderemos dizer que relativamente aos EC A e B obtivemos os dados através de duas formas: pelo Sistema de Garantia Interna da Qualidade (SIGIQ)¹⁸, e através das avaliações solicitadas pelos regentes dos EC no final dos mesmos.

A avaliação realizada pelo SIGIQ no final de cada EC, em virtude de um processo de progressivo refinamento da avaliação dos EC em que se encontrava, utilizou instrumentos diferentes em cada um dos anos letivos mencionados. Assim, no ano letivo 2009-2010 procedeu à aplicação de questionários individuais aos EE no final de cada EC, no qual se avaliaram: (i) a unidade curricular na sua globalidade, segundo 9 itens; (ii) o local do EC, com 1 único item; e (iii) o enfermeiro orientador, segundo 7 itens. Em todos os itens cada EE tinha de atribuir a pontuação segundo uma escala de 1 a 5, sendo depois calculadas as médias obtidas em cada item, assim como o desvio padrão¹⁹. A partir dos resultados obtidos pelo SIGIQ com este instrumento, construímos quadros com os dados que consideramos relevantes para o nosso estudo, como a avaliação do local de EC, a avaliação do enfermeiro orientador e alguns dados da avaliação global do EC, uma vez que consideramos que alguns dos itens deste parâmetro poderiam estar relacionados com as condições do local e com o desempenho do enfermeiro orientador. No ano letivo 2010-2011 o SIGIQ utilizou instrumento e procedimentos de avaliação diferentes, com parâmetros como: (i) o envolvimento pessoal do EE, com 4 itens de avaliação; (ii) a organização do EC, com 7 itens de avaliação; (iii) a orientação por parte da escola, com 3 itens; (iv) a instituição de acolhimento, com 2 itens; e (v) a orientação na instituição de acolhimento com 3 itens. A cada item foi atribuída uma pontuação segundo uma escala de 1 a 6 (nada a totalmente), seguida de três colunas: uma para menção de pontos fortes, outra para os pontos fracos e outra para as propostas de melhoria. A avaliação realizada com este instrumento foi feita através de reuniões de avaliação com os grupos de EE em conjunto

¹⁸ Departamento do Centro Regional do Porto da UCP que, entre várias funções, detém a responsabilidade da avaliação das Unidades Curriculares (UC).

¹⁹ Os resultados desta avaliação podem ser consultados na unidade académica.

com um elemento do SIGIQ, designado de facilitador²⁰. Também, relativamente aos resultados obtidos com este instrumento, utilizamos os dados que consideramos mais relevantes para o nosso estudo, sobretudo, os relacionados com o local de EC e com o enfermeiro orientador, e construímos quadros ilustrativos. Não tivemos acesso às avaliações de todos os serviços do HP onde decorreram os EC A e B nos dois anos letivos mencionados, por razões de ordem técnica do próprio departamento do CRP.

No que respeita às avaliações solicitadas pelos regentes no final de cada EC, foram realizadas em grupos de 5 a 10 EE do mesmo CPC e, embora não identificassem as opiniões de cada EE, não eram anónimas, uma vez que eram assinadas pelos respetivos elementos, seguindo um guião que continha itens como: estrutura física do serviço, condições de higiene, organização, material e equipamento disponível, número e tipo de situações favorecedoras da aprendizagem, recursos humanos, relação estabelecida, promoção da aprendizagem e apreciação global do serviço, para além de outros itens que cada grupo de EE considerasse pertinente utilizar. Estas avaliações eram utilizadas pelos regentes no sentido de obterem dados de uma forma mais rápida que possibilitassem um melhor planeamento do EC no ano letivo seguinte, assim como, possíveis melhoramentos nos CPC. Também neste tipo de avaliações existia alguma irregularidade pelo que não tivemos acesso às avaliações de todos os serviços nos dois anos letivos. Relativamente a cada uma das avaliações feitas por cada grupo, procedemos à análise de conteúdo com a utilização do programa NVivo 9 como consta no Anexo XIV, sendo que as categorias principais identificadas foram aspetos positivos e aspetos negativos e em cada uma destas foram identificadas subcategorias relacionadas com os itens do guião.

Procederemos de seguida à descrição dos resultados seguindo a ordem numérica dos 5 serviços.

A) Serviço 1

As avaliações deste serviço a que tivemos acesso foram as seguintes:

- Ano 2009-2010 apenas a solicitada pelo regente, uma vez que a realizada pelo SIGIQ, por questões de ordem técnica, foi anulada;
- Ano 2010-2011 os dois tipos de avaliação.

Desta forma, no ano 2009-2010 a avaliação solicitada pelo regente foi realizada por 2 grupos de 6 a 7 elementos cada, num total de 13 EE, ou seja, representando

²⁰ Os resultados desta avaliação podem ser consultados na unidade académica.

aproximadamente 46% do total de EE (28) que passaram pelo serviço em causa. O número de itens positivos identificados foi bastante superior aos itens negativos e incidiram sobre a estrutura física, higiene, organização e recursos materiais, enfermeiro orientador, relação com a equipa e situações da aprendizagem, que passaremos a ilustrar com alguns excertos das avaliações realizadas:

- *“A estrutura física do serviço apresenta-se como um aspeto positivo, [...], tendo em vista uma estrutura simples e organizada”* (AS1/09-10)²¹;
- *“No que se refere às condições de higiene no serviço, observamos que é frequentemente limpo e arrumado (diariamente) [...]”* (AS1/09-10);
- *“[...] Todo o material encontra-se devidamente identificado (denominação e quantidade) e apresenta-se sempre em quantidades suficientes”* (AS1/09-10);
- *“A nível de recursos humanos somos de opinião que existiu um bom ambiente entre a equipa multidisciplinar e o grupo de estagiários”* (AS1/09-10);
- *“Ficamos satisfeitos com o apoio prestado pelos enfermeiros orientadores, que nos permitiu desenvolver conhecimentos de forma mais aliciante”* (AS1/09-10), tendo o grupo considerado positivo o facto de os orientadores se encontrarem no seu horário de trabalho durante a supervisão.

De uma forma geral, os EE consideraram que o serviço lhes permitiu desenvolver as competências necessárias – *“Em geral, [...] permitiu-nos adquirir competências essenciais para a progressão nesta licenciatura [...], originando diversas oportunidades para a nossa aprendizagem”* (AS1/09-10). Os EE referiram também alguns aspetos menos positivos, como o facto de o serviço ter só 1 sala de tratamentos para as duas alas e em relação ao défice de um tipo específico de equipamento. Apesar de terem considerado que as oportunidades de aprendizagem tinham sido favorecedoras da sua aprendizagem, consideraram que tinham algum défice nalguns tipos de procedimentos - *“Devido à especificidade do serviço, apenas não tivemos oportunidade de aprofundar conhecimentos em punções venosas, entubações, oxigenoterapia, soroterapia e enemas”*.

No ano letivo 2010-2011, na avaliação realizada pelo SIGIQ participaram 10 EE, representando aproximadamente 34,5% do total de EE (29) que realizaram EC nesse serviço sendo que, a partir dos resultados que constam no documento da

²¹ A identificação dos excertos das avaliações será realizada através de um conjunto de letras e algarismos, cuja legenda é: A – Avaliação; S – serviço (S1, S2, S3 ...); 00-00 – ano letivo (09-10; 10-11).

avaliação, optamos por construir um quadro com os dados que consideramos mais relevantes para o nosso estudo.

Quadro Número 24 – Avaliação do Serviço 1 – Ano 2010-2011

Parâmetros avaliação	Pontuação global	Pontos fortes	Pontos fracos	Propostas de melhoria
Envolvimento pessoal do EE	5-6	- Incentivo enf.orientadores - Trabalho em grupo; - Procura de informação; - Consecução objetivos; - Bom ambiente; - Boa relação	-Trabalho excessivo; - Poucas oportunidades técnicas; - Falta de orientação nalguns aspetos; - Desigualdade no tratamento dos EE	- Mais oportunidades de aprendizagem; - Igualdade no tratamento dos EE
Organização do EC	1-5	- Consolidação conhecimentos; - Aprendizagem multicontextual	- Poucas oportunidades de aprendizagem; - Aprendizagens rotineiras	- Igualdade na avaliação; - Adequação dos objetivos ao CPC
Instituição de acolhimento	1-5	- Recursos materiais - Bom acolhimento	-Grande especificidade/ redução aprendizagens	- Serviço mais adequado
Enfermeiro orientador	1-5	- Conhecimentos - Cumprem o programa	- Irregularidade na competência orientação; - Parcialidade	- Disponibilidade e critérios iguais

Assim, a através do Quadro Número 24 verificamos:

- No envolvimento pessoal do EE – os EE posicionaram-se na pontuação máxima da escala, entre o 5 e o 6, apontando vários pontos fortes, como o incentivo dado pelos enfermeiros orientadores, o trabalho em grupo, a procura de informação adicional, a consecução dos objetivos, o bom ambiente de trabalho e o estabelecimento de uma boa relação; no entanto, relevamos alguns pontos fracos, como as poucas oportunidades para a realização de procedimentos técnicos, a falta de orientação nalguns aspetos, os quais não são especificados, e a existência de parcialidade no tratamento dos EE da parte dos enfermeiros orientadores;

- Na organização do EC em causa, os EE atribuíram pontuações entre o 1 e o 5, sendo que a pontuação mais elevada, 4 a 5, centrou-se na maioria dos itens e a pontuação mais baixa, 3 a 4, na adequação do modelo de avaliação aos objetivos e na satisfação global com o EC, item em que a dispersão de pontuação foi grande, 1 a 5; dos pontos fortes destacamos o facto de os EE terem considerado que o EC lhes tinha permitido consolidar conhecimentos lecionados anteriormente e que a aprendizagem

tinha sido “*multicontextual*” o que, em parte, está em desacordo com as poucas oportunidades de aprendizagem referidas pelos mesmos, assim como, com o facto de terem considerado as aprendizagens rotineiras; das propostas de melhoria apontadas realçamos a igualdade na avaliação e maior adequação dos objetivos do EC à realidade do CPC;

- Quanto à instituição de acolhimento, HP/ serviço 1, a classificação máxima, 4 a 5, foi atribuída às condições para a integração dos EE, enquanto se verificou pontuação mais baixa e maior dispersão, 1 a 4, relativamente às condições do serviço para a consecução dos objetivos do EC, o que está de acordo com o referido anteriormente, uma vez que os EE consideraram que o contexto da especificidade do serviço condicionou a amplitude das suas aprendizagens;

- No que respeita à orientação na instituição de acolhimento, verificamos também alguma dispersão nas pontuações atribuídas, 1 a 5, embora a pontuação mais baixa, 1 a 4, se tivesse concentrado no tipo de relação interpessoal estabelecida pelos enfermeiros orientadores, sendo que nos outros dois itens a pontuação atribuída teve menor dispersão, 3 a 5; novamente surgiu descontentamento e referência a parcialidade na abordagem e avaliação dos EE por parte dos enfermeiros orientadores.

Relativamente à avaliação solicitada pelo professor no final do EC nesse ano letivo convém referir que a mesma foi realizada em 3 grupos de 5 a 8 EE cada, perfazendo um total de 21 EE, dos quais 9 também tinham participado na avaliação realizada pelo SIGIQ, representando aproximadamente cerca de 72,4% do total de EE (29). Nos aspetos positivos verificou-se alguma convergência com os mencionados no ano anterior, embora em menor número, tendo sido referidas as condições físicas e de higiene, a organização e os recursos materiais, que se ilustram a seguir com alguns excertos:

- “*As instalações estão adaptadas aos doentes, o que torna mais fácil o nosso trabalho [...]*”(AS1/10-11);

- “*As condições de higiene são, a nosso ver, excelentes*” (AS1/10-11);

- “[...] *Excelentes condições ao nível dos recursos materiais, acessibilidade e integração. Relativamente ao material, tem tudo o que é necessário para que se possam prestar os melhores cuidados e organizar o serviço*” (AS1/10-11).

Globalmente os três grupos de EE consideraram que o serviço tinha contribuído de forma clara para a sua aprendizagem - “*O grupo acha que é um bom local para*

realizar o EC [...], o serviço contribuiu para a nossa aprendizagem, não só a nível pedagógico, mas também a nível profissional e pessoal” (AS1/10-11).

Apesar de todos estes aspetos positivos, dois dos grupos de EE consideraram que o rácio enfermeiro/doentes era insuficiente, tendo em conta as necessidades de cuidados dos doentes – “[...] Deveria haver mais enfermeiros, pois permitiria prestar mais atenção a cada utente em particular e prestar os cuidados com mais calma e atenção aos pormenores” (AS1/10-11). Por outro lado, ao lermos as avaliações realizadas por cada um dos 3 grupos de EE constatamos que apenas 1 grupo se pronunciou sobre a relação com a equipa, o acolhimento e as oportunidades de aprendizagem, considerando-os aspetos positivos. Os restantes 2 grupos não se pronunciaram sobre estes itens, omitindo-os, o que pode revelar alguma concordância com os dados da avaliação realizada pelo SIGIQ.

B) Serviço 2

As avaliações deste serviço a que tivemos acesso foram as seguintes:

- Ano 2009-2010 - solicitada pelo SIGIQ;
- Ano 2010-2011 – solicitadas pelo regente.

Assim, no ano letivo 2009-2010, a avaliação deste serviço solicitada pelo SIGIQ englobou cerca de 8 EE, ou seja, aproximadamente 44,4% do total de EE (18) que realizaram o EC no serviço. Relativamente aos resultados desta avaliação reunimos num quadro os dados que consideramos mais relevantes.

Quadro Número 25 – Avaliação do Serviço 2 – Ano 2009-2010

Parâmetros avaliação	Média das pontuações atribuídas	Desvio padrão
Grau de dificuldade das atividades	3,80	0,84
Trabalho exigido (quantidade)	3,60	0,55
Uniformidade de orientação	4,00	0,71
Adequação da metodologia avaliação	3,80	0,84
Apreciação global do EC	4,00	0,71
Adequação do local da prática	4,20	0,45
Média global relativa à avaliação do EC	3,82	0,69

Pela análise do Quadro Número 25 verificamos que a oscilação entre as pontuações atribuídas foi do 3,60 (nível médio) no item “trabalho exigido”, até ao 4,20 (nível elevado) na “adequação do local da prática” para a consecução dos objetivos do EC. Através da análise dos resultados da avaliação verificamos que a média global relativa à avaliação do EC neste serviço foi de 3,82, ou seja entre os níveis médio e

elevado, o que não se desviou das médias obtidas nos outros locais fora do HP, que se situaram entre 3,65 e 4,16. Quanto à avaliação da adequação do local para a consecução dos objetivos, 4,20 (nível elevado), não se verificaram diferenças significativas em relação às médias obtidas nos outros locais fora do HP, que se situaram de 3,67 a 4,38.

Quanto à avaliação do enfermeiro orientador, transcrevemos para o Quadro Número 26 os dados que consideramos relevantes.

Quadro Número 26 – Avaliação Enfermeiro Orientador - Serviço 2 – 2009-2010

Parâmetros avaliação	Média das pontuações atribuídas	Desvio padrão
Capacidade para motivar os EE	4,00	0,71
Promoção de situações de aprendizagem	4,20	0,45
Promoção de prática reflexiva	3,40	0,89
Acessibilidade e disponibilidade	3,80	0,84
Encorajamento do EE para a progressão	4,00	1,00
Orientação específica na situação concreta de aprendizagem	4,20	0,84
Apreciação global do enfermeiro orientador	3,80	0,84
Média global relativa à avaliação do enfermeiro orientador	3,91	0,79

Pela análise do Quadro anterior verificamos que a avaliação global do enfermeiro orientador está praticamente dentro do nível elevado. Também as oscilações das pontuações atribuídas aos vários itens da avaliação do enfermeiro orientador, foi de 0,80, considerando a pontuação mais baixa de 3,40 para o item “promoção da reflexão”, e a pontuação mais alta de 4,20 para os itens “promoção de situações de aprendizagem” e “orientação específica na situação de aprendizagem”. Através dos resultados que constam no documento da avaliação pudemos ainda verificar que a média de pontuação obtida pelo enfermeiro orientador neste serviço (3,91) esteve dentro das médias obtidas pelos enfermeiros orientadores de outros locais fora do HP que oscilaram entre o 3,23 e 4,30, pertencendo ao conjunto dos locais com médias mais elevadas.

No ano letivo 2010-2011, como já referimos, apenas tivemos acesso à avaliação solicitada pelo regente, sendo que participaram nesta avaliação 2 grupos de 5 elementos cada, num total de 10 EE, ou seja, aproximadamente 43,5% do total de EE (23) que realizaram EC naquele serviço nesse ano letivo.

Os aspetos positivos referidos pelos 2 grupos de EE centraram-se nas condições físicas, na organização, na higiene, nos recursos materiais, assim como, na receptividade e na relação com os profissionais, como se pode constatar através dos excertos que se seguem:

- *“O aspeto físico do serviço é bastante apelativo, uma vez que se encontra sempre arrumado e bem iluminado para proporcionar um ambiente o mais agradável possível à pessoa que fica internada [...]”* (AS2/10-11);

- *“É notória a boa organização dos vários profissionais do serviço [...]; pelo serviço encontramos protocolos de atuação e, afixadas, informações que são importantes [...]. Todos trabalham em prol da satisfação das necessidades dos doentes”* (AS2/10-11);

- *“Em relação aos médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, de uma forma geral, fomos bem recebidos, estando na maioria do tempo disponíveis para esclarecer as nossas dúvidas, ajudando-nos perante todas as solicitações”* (AS2/10-11).

Apesar de os EE terem considerado que era um local adequado para o tipo de EC em causa – *“[...] É sem margem para dúvidas, um local que deve permanecer [...], pois permite que os EE consigam atingir os seus objetivos [...]”* (AS2/10-11), os grupos referiram vários aspetos negativos, tais como: organização do espaço físico, dos recursos materiais e dos assistentes operacionais, oportunidades de aprendizagem, relação com a equipa médica, escassez de enfermeiros, mudanças de ala dos EE e número de EE no serviço.

Quanto aos aspetos de organização do espaço físico, um dos grupos referiu-se à dificuldade de alocar os doentes infetados. Na organização dos recursos materiais, um dos grupos referiu-se à má gestão dos mesmos e à sua reposição irregular – *“No serviço o material disponível é abundante, contudo, [...] é notória a grande quantidade de material que por vezes é rejeitada por falta de identificação [...], o material não é repostado com regularidade [...]”* (AS2/10-11).

Na dotação de pessoal, um dos grupos considerou que se o serviço estivesse com a lotação máxima o número de enfermeiros seria insuficiente tendo em conta as necessidades dos doentes.

Nos aspetos de relação com a equipa multidisciplinar, apesar de globalmente boa para os 2 grupos, um dos grupos referiu algumas dificuldades na relação com a equipa médica – *“A relação dos profissionais connosco é positiva, no entanto, foi notória a dificuldade em estabelecer uma relação com a equipa médica”* (AS2/10-11).

No que respeita ao número e distribuição dos EE, um dos grupos, considerou que o facto de terem trocado de ala com frequência interferiu negativamente na sua

aprendizagem e nos cuidados aos doentes e, também, que existiam demasiados EE no serviço, como a seguir se ilustra:

– “[...] *As alterações que ocorreram no serviço em relação às mudanças de ala, não favoreceram muito o nosso trabalho, uma vez que ficávamos confusos com as trocas, e também porque os doentes ficavam irritados e desagradosos com estas modificações [...]*”(AS2/10-11);

- “*Outro aspeto a referir foi o facto de no serviço existirem mais EE a estagiar o que, juntamente com a falta de doentes, levava a que as oportunidades de prática fossem menores*” (AS2/10-11).

Por fim, relativamente às oportunidades de aprendizagem, ambos os grupos consideraram que foram escassas, mas por razões diferentes, sendo que um grupo considerou que tinha a ver com o tipo de serviço e outro grupo alegou que estava mais relacionado com a baixa taxa de ocupação na altura em que realizaram o EC:

- “[...] *A diversidade de oportunidades é diminuta [...], queremos-nos referir ao facto de algumas das técnicas que constam no cronograma de atividades, não serem de todo exequíveis*” (AS2/10-11);

- “*O número e tipo de situações favorecedoras de aprendizagem não foram muitas, não pelo tipo de serviço em que nos encontrávamos, mas sim pela baixa adesão de doentes*” (AS2/10-11).

C) Serviço 3

As avaliações deste serviço a que tivemos acesso foram relativas apenas ao ano letivo 2010-2011, sendo que tivemos acesso tanto à avaliação realizada pelo SIGIQ, como à avaliação solicitada pelo regente. Os 12 EE que participaram nas duas avaliações corresponderam a, aproximadamente, 57,1% do total de EE (21) que realizaram EC nesse serviço no ano em causa.

Na avaliação realizada pelo SIGIQ participaram 7 EE, ou seja, aproximadamente 33,3% do total de EE (21) que realizaram EC no serviço nesse ano. A partir dos resultados que constam no documento da avaliação, construímos um quadro com os dados que consideramos mais relevantes.

Quadro Número 27 – Avaliação do Serviço 3 – Ano 2010-2011

Parâmetros avaliação	Pontuação global	Pontos fortes	Pontos fracos	Propostas de melhoria
Envolvimento pessoal do EE	4-6	- Bom ambiente de trabalho	(a) ²²	(a)
Organização do EC	5-6	- Aquisição de novos conhecimentos	- Trabalho exigido superior aos créditos atribuídos	(a)
Instituição de acolhimento	6	(a)	- Falta de material	(a)
Enfermeiro orientador	6	- Disponibilidade	- Tempo espera supervisão procedimentos	(a)

Pela análise do Quadro Número 27 verificamos que a pontuação global foi alta nos vários itens, 4 a 6. Apesar da pontuação máxima dada à instituição/serviço, constatamos que neste parâmetro os EE não mencionaram pontos fortes, tendo-se referido contudo a um ponto fraco - a falta de material. No caso dos enfermeiros orientadores, apesar de se referirem à sua disponibilidade como ponto forte, mencionaram o tempo de espera excessivo na supervisão de procedimentos, no item “competência para a orientação específica deste EC”.

Quanto à avaliação solicitada pelo regente foi realizada por 5 EE, ou seja, 23,8% do total de EE, constituindo um grupo de elementos diferentes dos EE que tinham participado na avaliação realizada pelo SIGIQ.

Os aspetos positivos mencionados pelos EE foram em maior número que os negativos e centraram-se nos aspetos técnicos, nas instalações e recursos materiais, na receção geral da equipa e na relação com o doente, como se pode constatar através dos relatos que se seguem:

- “[...] Destaca-se a experiência que adquirimos em técnicas como a execução do penso, manipulação de drenos, manipulação de cateteres venosos periféricos, posicionamentos terapêuticos, exercícios de mobilização ativa e passiva [...]” (AS3/10-11);

- “No que diz respeito às instalações [...] tivemos todas as condições para a boa aplicação das técnicas aprendidas [...], as mesmas apresentam boas condições [...], tivemos ao nosso dispor todo o material que necessitamos” (AS3/10-11);

- “[...] No que diz respeito aos recursos humanos, obtivemos todo o apoio necessário à realização das atividades que nos foram propostas” (AS3/10-11);

²² (a) – Sem referências neste item

- “[...] Evidenciamos principalmente a nossa evolução na relação terapêutica com o utente [...]”(AS3/10-11).

O único aspeto negativo referido pelos EE relacionou-se com a falta de informatização dos registos de enfermagem – “[...] Apercebemo-nos das diferenças existentes nesta instituição, o que nos suscitou certas dificuldades, devido ao facto dos registos serem realizados manualmente e não por utilização dos sistemas de informação informáticos, o que não favoreceu a nossa adaptação” (AS3/10-11).

Apesar deste aspeto, a apreciação do serviço 3 realizada por este grupo foi globalmente positiva, o que coincidiu com a avaliação realizada através do SIGIQ – “[...] deparamo-nos com uma realidade que favoreceu o nosso desenvolvimento pessoal e a nossa aquisição de competências teóricas e práticas [...]”(AS3/10-11).

D) Serviço 4

Relativamente ao serviço 4 apenas tivemos acesso à avaliação relativa ao ano 2010-2011, tanto à solicitada pelo regente como pelo SIGIQ.

Na avaliação realizada pelo SIGIQ participaram os 9 EE que realizaram EC no serviço nesse ano. A partir dos resultados que constam no documento da avaliação, construímos um quadro com os dados que consideramos mais relevantes.

Quadro Número 28 – Avaliação do Serviço 4 – Ano 2010-2011

Parâmetros avaliação	Pontuação global	Pontos fortes	Pontos fracos	Propostas de melhoria
Envolvimento pessoal do EE	4-6	- Bom acolhimento da equipa	(a)	(a)
Organização do EC	4-6	(a)	- Avaliação do professor com “peso excessivo”	(a)
Instituição de acolhimento	5	(a)	(a)	(a)
Enfermeiro orientador	4-5	- Acompanhamento e apoio dos EE - Boa relação e recetividade - Flexibilidade - <i>Feedback</i> em relação aos trabalhos solicitados	- Falta de uniformidade entre enfermeiros orientadores	- Maior uniformidade entre enf. orientadores - <i>Feedback</i> mais próximo dos momentos de realização das atividades

Pela análise do Quadro Número 28 verificamos que a pontuação global foi alta nos vários itens, 4 a 6. Apesar da pontuação dada aos enfermeiros orientadores e dos pontos fortes mencionados, constatamos que neste parâmetro os EE referiram como ponto fraco a falta de uniformidade e coerência entre os enfermeiros orientadores, tendo

proposto maior coerência e *feedback* mais próximo do momento da realização das atividades.

A avaliação solicitada pelo regente foi realizada por 6 EE, ou seja aproximadamente 66,7% dos 9 EE que realizaram o EC no serviço no ano letivo em causa. O número de itens positivos referidos pelos EE foi muito elevado e centrou-se em aspetos como: estrutura física, higiene, organização, recursos materiais, enfermeiros, situações de aprendizagem e enfermeiros orientadores. Relativamente à estrutura física e higiene, tal como nos serviços anteriores, os EE consideraram que eram as melhores – “[...] *Tem boas instalações, as enfermarias estão bem equipadas para os doentes [...], as condições de higiene são muito boas*” (AS4/10-11). Também ao nível da organização do serviço, assim como dos recursos materiais os EE consideraram que o serviço reunia boas condições – “*Na maior parte das vezes, os recursos materiais estão disponíveis e em grande quantidade [...]*” (AS4/10-11). Os EE também consideraram que o serviço lhes tinha proporcionado bastantes oportunidades de aprendizagem – “*Ao longo do EC foram várias as situações favorecedoras de aprendizagem que contribuíram para a nossa evolução e enriquecimento de conhecimentos e competências*” (AS4/10-11). Quanto aos enfermeiros os EE consideraram que neste serviço, ao contrário dos serviços 1 e 2, os rácios eram adequados às necessidades de cuidados e que, globalmente, a relação estabelecida com a equipa tinha sido satisfatória, embora com algumas exceções relativamente ao apoio recebido pela mesma – “*Quanto aos recursos humanos disponíveis no serviço achamos que são os suficientes. As relações estabelecidas com os enfermeiros foram boas, embora havendo algumas exceções, a maior parte dos enfermeiros apoiou-nos*” (AS4/10-11). No que respeita aos enfermeiros orientadores o grupo fez uma menção global positiva – “*Os enfermeiros orientadores tiveram um papel fulcral, na medida em que nos ajudaram a ultrapassar as nossas dificuldades [...]*” (AS4/10-11).

O único aspeto negativo mencionado pelo grupo esteve relacionado com a falta de espaço próprio para realizarem algumas das suas atividades – “[...] *Achamos que deveria haver um espaço maior para os EE [...] de forma a poderem reunir-se para realizarem os seus trabalhos e atividades*” (AS4/10-11).

E) Serviço 5

Tal como no serviço 4, também relativamente a este serviço só tivemos acesso às avaliações do ano letivo 2010-2011, tanto à realizada pelo SIGIQ, como à solicitada

pelo regente, sendo que em ambas as avaliações participaram os 6 EE que realizaram EC neste serviço no ano letivo em causa.

A partir dos resultados da avaliação realizada pelo SIGIQ construímos um quadro com os dados que consideramos mais relevantes.

Quadro Número 29 – Avaliação do Serviço 5 – Ano 2010-2011

Parâmetros avaliação	Pontuação global	Pontos fortes	Pontos fracos	Propostas de melhoria
Envolvimento pessoal do EE	6	(a)	(a)	(a)
Organização do EC	1-6	- Existência de um enf. orientador no CPC	- Diferenças e ambiguidade nas atividades solicitadas entre os CPC	- Maior consenso entre professor e enf. orientadores - Uniformidade de critérios na avaliação
Instituição de acolhimento	4-5	(a)	- Condições de vestiários	(a)
Enfermeiro orientador	6	- Apoio - Recetividade - Estímulo - Disponibilidade	(a)	(a)

Pela análise do Quadro Número 29 verificamos que a pontuação global foi alta nos vários itens, verificando-se no entanto, grande dispersão no item correspondente à organização do EC, sendo que os EE propuseram que existisse maior consenso quanto à orientação entre o professor e o enfermeiro orientador. A pontuação dada à instituição foi alta, mas os EE consideraram que as condições nos vestiários eram “péssimas”. A avaliação do enfermeiro orientador foi muito positiva, tendo obtido a pontuação mais alta.

Na avaliação solicitada pelo regente os aspetos positivos mencionados relacionaram-se com a organização e a higiene do serviço, assim como com os recursos materiais e a equipa. Tal como na maioria dos restantes serviços mencionados, os EE consideraram que também este serviço era bastante organizado e limpo, tendo especificado vários pontos referentes a este item – *“O serviço é bem organizado, quer em relação ao material disponível quer em relação aos pacientes e à equipa de trabalho [...]. O serviço está sempre bem higienizado [...], sendo limpo várias vezes durante um turno”* (AS5/10-11). Para além disso, os EE consideraram que o material disponível era em quantidade adequada e ia de encontro às suas necessidades – *“O material disponível vai ao encontro às nossas necessidades, sendo que existe todo o*

material para podermos trabalhar com boas condições de segurança [...]” (AS5/10-11). Por outro lado, consideraram que o ambiente em termos de relação entre os membros da equipa era muito bom, tendo esse facto influenciado a sua aprendizagem – “A equipa tem uma boa relação entre todos os membros [...], favorecendo a nossa aprendizagem e integração no serviço” (AS5/10-11).

Mesmo considerando que a estrutura física do serviço tinha, globalmente, boas condições, os EE apontaram alguns aspetos menos positivos, sobretudo, ao nível das instalações sanitárias – “[...] *Existem poucos chuveiros em cada casa de banho para os pacientes e as estruturas são de difícil acesso para uma cadeira de rodas*” (AS5/10-11). Por outro lado, no que respeita ao número e situações favorecedoras da aprendizagem, os EE referiram que a grande rotatividade dos doentes no serviço impedia-os de desenvolverem determinadas competências – “[...] *É um pouco difícil trabalhar o paciente e os prestadores de cuidados devido ao pouco tempo que estamos com os pacientes*” (AS5/10-11), tendo por este motivo considerado que o serviço não reunia todas as condições para a consecução dos objetivos do EC em causa – “[...] *Consideramos que o serviço é bem estruturado, organizado e dotado de boas condições de trabalho, contudo, não corresponde totalmente às nossas necessidades e objetivos propostos para este EC*” (AS5/10-11) .

Síntese, Interpretação e Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos, apesar de alguma inconsistência relacionada com os instrumentos e colheita de dados utilizados e com a falta de dados de alguns dos serviços, revelaram aspetos importantes, alguns dos quais convergentes com os resultados obtidos na observação dos CPC, nas entrevistas dos professores e enfermeiros chefes e nas reflexões dos EE, que passamos a sintetizar de seguida.

Serviço 1

As avaliações realizadas nos dois anos letivos revelaram alguns pontos em comum nos aspetos positivos, mas não totalmente comparáveis, uma vez que não foram realizadas exatamente com os mesmos instrumentos nos dois anos letivos. No entanto, os dados disponíveis revelaram algum decréscimo dos aspetos positivos e aumento dos negativos de um ano letivo para o outro. No ano letivo 2010-2011, os dois tipos de avaliações realizadas revelaram alguma concordância entre si, embora não totalmente. Constatamos que as poucas oportunidades de aprendizagem referidas pelos EE no serviço 1 e o rácio inadequado enfermeiro/doentes vão de encontro ao constatado na

observação do CPC e ao referido pelos enfermeiros orientadores e professor e, também com o apontado pelos enfermeiros chefes. Contudo, os EE consideraram que o ambiente no serviço era bom, assim como o acolhimento da equipa, a estrutura física, a organização, as condições de higiene e de material e que, globalmente, lhes tinha permitido atingir os objetivos. A referência positiva, por parte de um dos grupos no ano letivo 2009-2010, quanto ao facto de os enfermeiros orientadores realizarem supervisão no seu horário de trabalho, não converge totalmente com os relatos dos professores e dos enfermeiros chefes sobre este assunto. A referência à existência de desigualdade no tratamento dos EE foi um dado novo que não tinha sido referido noutras circunstâncias e que poderá revelar alguma necessidade de presença mais frequente do professor, assim como de melhor preparação e seleção dos enfermeiros orientadores.

Serviço 2

As várias avaliações do serviço 2 não foram totalmente coincidentes entre si, tendo sido diferentes, sobretudo, de um ano letivo para o outro, o que também pode estar relacionado com as diferenças quanto aos instrumentos de avaliação utilizados. No ano letivo 2009-2010 a avaliação global do serviço e do enfermeiro orientador situaram-se no nível elevado, no entanto, no caso do enfermeiro orientador, a pontuação mais baixa atribuída ao item “promoção da reflexão”, converge com o encontrado durante o período de observação do CPC e com o referido pelo professor. No ano letivo 2010-2011 constatamos que foram apontados mais aspetos positivos que negativos. Também neste serviço, à semelhança do serviço 1, as condições físicas e de higiene e o acolhimento, são apontados como positivos. No entanto, os aspetos organizativos (espaço e material) mereceram reparos por parte dos EE, assim como a dotação de pessoal de enfermagem, tal como no serviço 1. A referência às mudanças de ala frequentes por parte dos EE e as poucas oportunidades de aprendizagem convergem com o constatado nos resultados da análise das reflexões dos EE, assim como nos relatos do professor. A referência ao número elevado de EE no serviço converge com o referido pelo professor e com os relatos de alguns enfermeiros chefes. No ano letivo 2010-2011, pensamos que as ocorrências menos positivas referidas estiveram em parte relacionadas com as mudanças verificadas no HP ao nível da organização, dotação de pessoal e chefias dos serviços nesse ano.

Serviço 3

As avaliações globais do serviço 3 poderão considerar-se bastante positivas, comparativamente com os dois serviços anteriores, o que converge com os dados da observação realizada no CPC, com o relato do professor e com o relato da CUEE na entrevista exploratória. Quanto à dificuldade dos enfermeiros orientadores em organizarem a supervisão, mencionada pelos EE, pensamos que a mesma não estará apenas relacionada com a falta de preparação ou experiência dos enfermeiros orientadores, uma vez que ambos já tinham experiência de supervisão, assim como formação específica nesse âmbito mas, provavelmente, com a organização dos cuidados e com a colaboração dos outros elementos da equipa.

Serviço 4

Os dados relativos a este serviço revelaram uma avaliação bastante positiva e em parte semelhante à do serviço 3. Contudo, na avaliação anónima, evidenciou-se a necessidade de maior coerência entre os enfermeiros orientadores e melhoramento no retorno a dar aos EE, aspeto que os mesmos EE não referiram na avaliação solicitada pelo regente. A falta de espaço próprio para os EE, que existia normalmente nos outros serviços, foi também referida por um dos enfermeiros chefes e revelou algumas diferenças entre os serviços na organização do espaço destinado aos EE.

Serviço 5

Apesar da avaliação globalmente positiva das condições físicas, de higiene e de organização do serviço, assim com do bom ambiente de trabalho, este foi o único serviço em que os EE consideraram que não tinham oportunidades de aprendizagem suficientes para a consecução dos objetivos do EC em causa, o que coincidiu com o relato do professor e do enfermeiro chefe. Por outro lado, os EE referiram necessidade de maior comunicação entre o professor e o enfermeiro orientador, aspeto que também foi constatado nas entrevistas aos enfermeiros chefes e na observação dos CPC.

Em conclusão, poderemos considerar que as avaliações dos serviços do HP realizadas pelos EE dos EC A e B, foram globalmente positivas relativamente às condições físicas, de higiene, de organização e de acolhimento por parte das equipas, com raras exceções, sendo que os serviços 3 e 4 foram os que tiveram uma apreciação mais positiva. Apesar de algumas exceções, as condições dos CPC foram consideradas favoráveis quanto aos itens mencionados, o que constitui um aspeto muito positivo, tendo em conta as exigências de qualidade dos CPC referidas por autores e organizações (WHO, 2001b; Clare et al., 2003; Hand, 2005; Garrido et al., 2008; HWA, 2010).

A dotação inadequada de pessoal de enfermagem foi referida nos serviços 1 e 2, assim como a falta de informatização dos registos de enfermagem ao nível do HP. Estas circunstâncias voltam a estar relacionadas com as condições dos CPC referidas anteriormente, sendo que no caso dos rácios configuram a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros orientadores e dos enfermeiros em geral também referidos por outros autores nacionais e internacionais (Amador, 1991; Edmond, 2001; Dixe, 2007; Rua, 2009; Borges, 2010; Bourgeois et al., 2011).

As mudanças de ala frequentes e o número excessivo de EE foram apontados como aspetos negativos no serviço 2. Em relação ao primeiro item mencionado, consideramos que as mudanças verificadas no hospital no ano letivo 2010-2011, como já referimos noutros subcapítulos, com as consequentes alterações a nível dos enfermeiros chefes, na organização e dinâmica dos serviços repercutiram-se no desenvolvimento do EC, aspeto que necessitaria de análise por ambas as instituições, numa perspetiva de parceria que tem em conta os objetivos da formação e os valoriza como aponta a HWA (2011). Para além dos EE dos EC em causa encontravam-se EE do ICS mas de outros cursos, pelo que a instituição de ensino teria de analisar esta circunstância numa perspetiva de visão global do número total de EE no HP e em cada serviço, tendo em conta as especificidades de cada um, devendo ser acordado entre as duas instituições, com revisões periódicas e sempre que necessário, como é suposto observar-se no cumprimento dos protocolos de parceria (Clare et al., 2003; QAA, 2007).

Os serviços 1 e 2 e, especialmente o serviço 5, foram referidos como locais com poucas oportunidades de aprendizagem, sendo este último considerado como inadequado para a realização do EC em causa, o que teria de ser analisado pelo ICS, uma vez que os CPC devem ser locais que permitam aos EE a aquisição e desenvolvimento das competências pretendidas (WHO, 2001b; Portugal, 2004; Hand, 2005; HWA, 2010)

Foram identificados alguns aspetos a melhorar na orientação dos EE, como a promoção da reflexão, os tempos de supervisão de procedimentos, a comunicação entre enfermeiros orientadores e entre estes e o professor e a parcialidade na abordagem dos EE, aspetos que pensamos estarem relacionados com a seleção e preparação dos enfermeiros orientadores por um lado e, por outro com a menor disponibilidade dos professores e enfermeiros orientadores para reunirem entre si. Consideramos fundamental a presença mais frequente dos professores nos CPC e o consequente

incremento da comunicação com os enfermeiros da equipa (enfermeiro chefe, enfermeiros orientadores e restantes enfermeiros) no sentido da identificação e resolução das possíveis situações problema.

3.5.3 Análise das Classificações nos Ensinos Clínicos A e B

Através da análise das classificações dos EE que realizaram EC A e EC B no HP, pretendemos verificar o aproveitamento dos mesmos, assim como, comparar com as classificações obtidas pelos EE que realizaram os mesmos tipos de EC noutras instituições de saúde. O objetivo principal era obter mais dados acerca dos EE que nos permitissem compreender melhor o problema em estudo. Neste sentido, foram solicitadas aos regentes dos respetivos EC as pautas com as classificações dos EE, correspondentes aos anos letivos 2009/2010 e 2010/2011, durante os quais decorreu o nosso estudo. Posteriormente procedemos ao cálculo das médias, desvios padrão e variações das médias (mínimo e máximo) com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versão 20.0. (ver Anexo XV), cujos resultados constam no Quadro Número 30.

Quadro Número 30 - Distribuição das Classificações dos EE Segundo os Tipos e Locais dos Ensinos Clínicos, Ano Letivo, Médias, Desvio Padrão e Mínimo e Máximo

Ensinos clínicos	N	Locais	Ano letivo	Média	DP	Mínimo	Máximo
Ensino Clínico A	28	Hospital Prelada	2009/2010	15,5	,96	14,0	17,0
Ensino Clínico A	56	Outros		15,0	1,06	12,0	17,0
Ensino Clínico B	61	Hospital Prelada		15,6	1,24	11,0	18,0
Ensino Clínico B	42	Outros		14,6	1,58	10,0	17,0
Ensino Clínico A	29	Hospital Prelada	2010/2011	14,5	1,18	12,0	16,0
Ensino Clínico A	40	Outros		14,5	1,28	11,0	17,0
Ensino Clínico B	59	Hospital Prelada		15,2	1,43	10,0	18,0
Ensino Clínico B	21	Outros		15,2	1,18	13,0	17,0
Ensino Clínico A Turma	84	-----	2009/2010	15,2	1,05	12,0	17,0
Ensino Clínico A Turma	69	-----	2010/2011	14,5	1,23	11,0	17,0
Ensino Clínico B Turma	103	-----	2009/2010	15,2	1,46	10,0	18,0
Ensino Clínico B Turma	80	-----	2010/2011	15,2	1,36	10,0	18,0

Da análise do Quadro Número 30 verificamos:

No ano letivo 2009-2010:

- Ensino Clínico A – os 28 EE que realizaram EC no HP obtiveram a média de 15,5 valores, ou seja, superior em 0,5 valores relativamente à média obtida pelos restantes EE da mesma turma (15,0), e superior em 0,3 valores em relação à média global da turma (15,2); o desvio padrão apresenta valores muito próximos, sendo, no entanto, inferior (,96) nos EE que realizaram o EC no HP, o que representa uma menor dispersão das notas. As classificações nesta instituição oscilaram entre 14 e 17 valores, enquanto nos outros locais e na turma oscilou entre 12 e 17 valores;

- Ensino Clínico B – nas classificações dos 61 EE que realizaram EC B no HP, a média de 15,6 valores, foi superior em 1,0 valor comparativamente com a média obtida pelos restantes EE da mesma turma (14,6), e superior em 0,4 valores em relação à média global da turma (15,2); o desvio padrão foi menor em 0,34 em relação ao verificado nas classificações obtidas nas outras instituições, e em 0,22 em relação ao verificado na turma; no entanto, a dispersão das classificações dos EE no HP foi idêntica em relação à verificada nas classificações obtidas pelos restantes EE e, também, à verificada na globalidade da turma, com a diferença de no HP a classificação mínima (11) ter sido superior à verificada nos restantes locais e à verificada na turma (10), e a classificação máxima obtida no HP (18) ter sido superior em relação à obtida nos outros locais (17).

No ano letivo 2010-2011, apuramos:

- Ensino Clínico A – a média das classificações obtidas pelos 69 EE que realizaram EC A foi igual em todos os locais (14,5 valores), correspondendo à média global da turma, mas inferior em 1,0 valor em relação à média do ano anterior no HP; por seu lado, o desvio padrão foi menor em 0,1 em relação ao das classificações dos EE dos restantes locais, tal como no ano letivo anterior, e em 0,05 relativamente ao verificado na turma; menor dispersão das classificações obtidas no HP, que oscilaram entre 12 e 16 valores, enquanto nos outros locais e na turma as médias oscilaram entre 11 e 17 valores; verificamos que em relação ao ano anterior as classificações máximas e mínimas do HP foram inferiores em relação às obtidas na mesma instituição no ano anterior;

- Ensino Clínico B – os 59 EE que efetuaram EC B no HP obtiveram a média de 15,2 valores, que foi igual à obtida pelos restantes EE e à média global da turma; o desvio padrão foi superior em 0,25 nas classificações obtidas no HP comparativamente com as obtidas nos restantes locais, e superior em 0,07 em relação à turma; apesar da classificação máxima no HP (18) ter sido superior em 1 valor em relação à classificação máxima obtida nas outras instituições, a dispersão das classificações dos EE no HP foi superior relativamente à verificada nos restantes EE, e igual à verificada na turma, sendo que no HP as classificações oscilaram entre o 10 e o 18 valores, tal como no global da turma.

Síntese, Interpretação e Discussão dos Resultados

No ano letivo 2009/2010 constatamos nos dois EC melhores classificações dos EE do HP, com maior expressão nas médias, sobretudo no EC B, e na menor dispersão das classificações no caso do EC A. Apesar da panóplia de fatores que poderão

interferir nas classificações dos EE, as diferenças encontradas, embora não muito significativas parecem indiciar um melhor aproveitamento por parte dos EE que realizaram o EC no HP. Por seu lado, no ano letivo 2010/2011, nos EC A e B, não se verificaram diferenças das médias das classificações obtidas pelos EE que realizaram EC no HP em relação às obtidas pelos EE que realizaram EC noutras instituições. A dispersão das classificações nos dois EC foi maior comparativamente ao ano anterior, sendo que no caso do EC B a dispersão das classificações foi maior no HP do que a verificada nas noutras instituições. Em ambos os EC verificou-se uma descida das médias das classificações em relação às classificações obtidas no ano anterior, com maior expressividade no EC A. Neste ano letivo os resultados parecem indiciar nos EE que estiveram no HP um aproveitamento idêntico ao verificado nos restantes EE.

Apesar da constatação de melhor aproveitamento global, no ano letivo 2009-2010 dos EE que realizaram EC no HP em relação aos restantes colegas, os resultados não revelaram diferenças significativas no conjunto dos dois anos letivos, tendo em conta também os resultados menos positivos no HP no ano letivo 2010-2011. Não podemos estabelecer uma relação direta de causa/efeito, mas poderemos questionar acerca da influência dos problemas identificados no modelo de orientação, na sobrecarga dos enfermeiros orientadores, nas mudanças e instabilidade no HP/serviços, na pouca disponibilidade dos professores para estarem nos CPC, na formação e seleção dos enfermeiros orientadores, na consecução dos objetivos por parte dos EE sobretudo, no ano letivo 2010-2011. Evans (2000) e Pires (2005) referem as determinantes organizacionais e do contexto para o sucesso da aprendizagem experiencial. Fernandes (2004) e Santos (2009a) referem-se à importância do contexto onde os EE realizam o EC para o desenvolvimento de competências, afirmando que os CPC devem ser locais de referência em termos da qualidade dos cuidados prestados, sendo que muitas vezes a “rotina” e os ritmos verificados constituem uma barreira à aprendizagem (Saarikoski et al., 2005; Serra, 2005; McBrien, 2006; Maginnis e Croxon, 2007; Macedo, 2010).

Conclusão

Apresentamos de seguida a síntese dos resultados do trabalho de campo que consideramos mais importantes, sendo que para maior clarificação utilizamos dez domínios: articulação interinstitucional, escola, professores, EE, hospital, serviços,

enfermeiros chefes, enfermeiros, enfermeiros orientadores e desenvolvimento do EC. Em cada domínio, quando existentes, enumeramos em primeiro lugar os itens mais positivos, seguidos dos itens a melhorar, sendo que o teor de alguns itens pode ser transversal a mais do que um domínio.

Articulação Interinstitucional

Os resultados revelaram ausência de um plano concertado relativamente à parceria interinstitucional, evidenciado por indefinições a vários níveis e por avanços e recuos que se refletiram ao longo dos dois anos letivos. Os progressos na articulação interinstitucional foram ténues e pontuais, mais relacionados com a boa vontade de alguns intervenientes e não com um plano estratégico concertado. As mudanças verificadas na dinâmica do hospital, especialmente no ano letivo 2010-2011, sem contemplar as necessidades de aprendizagem dos EE, assim como, a abolição das contrapartidas económicas para os enfermeiros orientadores sem o conhecimento da escola, são exemplos da desarticulação verificada.

Neste item constatamos ainda lacunas na seleção dos enfermeiros orientadores, com critérios pouco claros, com ausência de definição de um perfil de enfermeiro orientador e pouca participação da escola, apesar de alguns progressos a este nível no ano letivo 2010-2011.

Escola

Apesar da existência das reuniões preparatórias antes de cada EC, constatamos défice de comunicação escola/serviço, sobretudo de informação e de articulação da escola com o enfermeiro chefe e com a equipa de enfermagem. As informações concentravam-se quase exclusivamente nos professores e enfermeiros orientadores, tendo-se verificado necessidade de maior inclusão dos enfermeiros chefes e restante equipa em todo o processo, assim como, a existência de reuniões regulares ao longo dos EC.

Professores

No que respeita aos professores registamos como negativo o seu descontentamento e as baixas expectativas manifestadas relativamente ao modelo e à parceria. Também, a presença pouco frequente dos professores nos CPC, identificada como aspeto a melhorar pelo facto de poder comprometer a articulação teoria/prática, o acompanhamento e avaliação dos EE e a supervisão em parceria. Para além disso, verificamos diferenças entre os EC A e B na realização de OT por parte dos enfermeiros

orientadores e na participação dos mesmos nas OT dos professores, revelando discrepâncias de critérios entre regentes de EC semelhantes.

Estudantes de Enfermagem

Constatamos que a presença dos EE contribuía para o desenvolvimento global da equipa de enfermagem, sobretudo para a atualização dos conhecimentos e para o maior envolvimento da equipa na orientação e, também, para a melhoria global dos cuidados.

Por outro lado, verificamos que a presença dos EE poderia ter impacto negativo na dinâmica dos serviços, sobretudo, quando o número de EE era mais elevado, pelo atraso que provocavam na prestação de cuidados e pela possibilidade de incidentes críticos. Também constatamos que por vezes os EE não tinham a preparação e os comportamentos adequados para a realização dos EC.

As dificuldades constatadas dos EE em lidarem com o comportamento e o sofrimento dos doentes, assim como em gerirem a informação a dar ao doente/ família, reforçaram a necessidade de um acompanhamento integral e frequente dos EE perante os constrangimentos do ensino em situação de prática real, e evidenciaram a influência das características pessoais dos EE como a maturidade e a componente afetivo-emocional no desenvolvimento de competências.

Os resultados das classificações dos EE não revelaram diferenças significativas no seu aproveitamento global nos dois anos letivos em relação aos colegas que realizaram os mesmos EC noutros locais.

Hospital

No ano letivo 2010-2011 constatamos maior colaboração da direção de enfermagem, quanto às solicitações na criação de condições favoráveis ao EC, o que constituiu um aspeto positivo. No entanto, constatou-se que o *status quo* do hospital impediu os avanços no âmbito da formação, verificando-se falta de estratégia e objetivos claros a este nível, com o foco mais centrado nas metas de produtividade e menos no ensino, o que se refletia na falta de prioridade em relação à formação dos EE.

No que respeita às contrapartidas económicas, verificamos mal-estar e descontentamento da parte dos enfermeiros orientadores, durante o período de observação dos CPC, considerando-as pouco ou nada compensatórias, e aparente desagrado por não terem sido ouvidos acerca deste assunto. As contrapartidas foram abolidas sem conhecimento prévio da escola, o que revelou lacunas de comunicação hospital/escola.

Também foi constatada a interferência negativa da equipa médica no desenvolvimento do EC, no sentido do acentuado “poder” da classe dentro da instituição e das barreiras que colocava relativamente ao diálogo e à formação.

Serviços

Os serviços apresentavam, globalmente, boas condições para a realização dos EC, a nível de condições físicas, higiene, organização e acolhimento por parte das equipas de enfermagem, com raras exceções, sendo que os serviços 3 e 4 foram os que tiveram avaliações mais positivas. Nesta perspetiva, um dos serviços apresentou uma dinâmica mais adequada aos objetivos de aprendizagem dos EE, com rácios enfermeiros orientadores/doentes mais ajustados, melhor preparação dos enfermeiros orientadores e maior colaboração do enfermeiro chefe e restante equipa de enfermagem. Estes aspetos estiveram mais relacionados com o esforço dos intervenientes mais diretos e não tanto com um plano institucional concertado.

Nalguns serviços verificamos sobrecarga de trabalho dos enfermeiros orientadores e restantes enfermeiros. Foram também constatadas poucas oportunidades de aprendizagem relacionadas com as características de determinados serviços (1, 2 e 5), sobretudo, pelo número e tipo de doentes.

Enfermeiros Chefes

Como aspeto positivo registamos maior colaboração de um enfermeiro chefe no desenvolvimento do EC, com presença e participação nas discussões de casos dos EE e, por conseguinte, com maior aproximação serviço/escola.

Por outro lado, constatamos interpretações diferentes de cada enfermeiro chefe acerca do seu papel no desenvolvimento do EC e do seu grau de intervenção no mesmo, evidenciando-se lacunas de comunicação dentro do hospital e interinstitucional. Em 3 serviços, algumas interferências dos enfermeiros chefes foram consideradas prejudiciais ao desenvolvimento do EC.

Também, poucos enfermeiros chefes se referiram à necessidade e à responsabilidade de o serviço ser referência e um modelo de boa prática para os EE. Apenas o enfermeiro chefe com mais formação académica e mais experiência na docência focou de forma aprofundada este aspeto, tendo-se referido também à importância das apresentações dos estudos de caso em conjunto.

Enfermeiros

Verificamos que os enfermeiros da amostra atribuíam grande importância à sua formação contínua para o desempenho profissional, sendo que a maioria encontrava-se

motivada. Contudo, não verificamos relação proporcional entre a importância atribuída à formação e a motivação para o investimento na mesma. A maioria atribuiu grande importância ao seu desempenho na formação dos EE e ter conhecimento da filosofia da escola e dos aspetos gerais dos EC, assim como motivação para a orientação formal e informal dos EE. Contudo, verificamos pouca valorização da formação humana.

Por outro lado, constatamos pouco envolvimento dos enfermeiros na sua formação e na formação dos EE e alguns casos de falta de colaboração na supervisão dos EE.

Enfermeiros Orientadores

Como aspetos positivos constatamos convergência e adequação das motivações dos enfermeiros orientadores para a supervisão, centrando-se no gosto de orientar os EE, na oportunidade de formação recíproca e de reflexão sobre a sua prática. Também, a vasta experiência profissional dos enfermeiros orientadores (mais de 10 anos), e o facto de a maioria possuir experiência razoável (4 ou mais anos) na orientação de EE nos EC em causa. Num dos serviços, no ano letivo 2010-2011, registamos melhoria relativa da preparação dos orientadores em causa. Constatamos uniformidade entre os enfermeiros orientadores quanto à necessidade e importância das OT, o que consideramos positivo. Contudo, alguns orientadores do EC A opunham-se às OT mistas (professor e enfermeiros orientadores), revelando uma visão redutora e sem lugar para a parceria na formação.

Como itens menos positivos registamos a formação académica e pós-graduada dos enfermeiros orientadores que eram reduzidas, assim como, a sua menor frequência no ano letivo 2010-2011, da formação de docentes promovida pela escola. Apesar da motivação e da importância atribuída à formação, verificamos pouco investimento na mesma.

No seguimento do referido anteriormente, constatamos algum défice de preparação dos enfermeiros orientadores, pela pouca variedade das estratégias pedagógicas observadas, assim como, pelas referências da globalidade dos enfermeiros chefes e dos professores, que apontaram reflexos no desempenho e avaliação dos EE. Através das avaliações dos serviços realizadas pelos EE, também se verificou que os EE identificaram vários aspetos a melhorar na supervisão realizada pelos enfermeiros orientadores, como a promoção da reflexão, os tempos de supervisão de procedimentos, a comunicação entre si e a parcialidade na abordagem dos EE. A utilização do questionamento e da estimulação da reflexão verificou-se mais nos enfermeiros

orientadores que estavam a frequentar pós-graduação em supervisão ou que tinham maior formação académica. Também, registamos algumas lacunas de comunicação entre enfermeiros orientadores e professores.

Desenvolvimento dos Ensino Clínicos

Neste item como aspetos positivos registamos a convergência e uniformidade entre os serviços e entre os enfermeiros orientadores quanto aos critérios de seleção dos doentes a atribuir aos EE e quanto ao rácio EE/doentes, o que se revelou adequado face ao estágio de aprendizagem dos EE. Contudo, no EC B, nem sempre os enfermeiros orientadores puderam escolher os doentes mais adequados para os EE, apesar de solicitado pela escola nas reuniões preparatórias, o que evidenciou lacunas de comunicação interinstitucional.

Verificamos relativa aproximação entre enfermeiro orientador/professor e CPC/escola no ano letivo 2009-2010, evidenciada por alguma participação dos enfermeiros orientadores do EC B nas sessões de OT do professor, quando estas eram realizadas no hospital.

Consideramos positivo o facto de a relação terapêutica com os doentes ter surgido como alvo das reflexões dos EE, não se tendo verificado predominância dos aspetos técnicos em detrimento dos relacionais, tal como constatado na observação. Contudo não ficou clara a influência dos enfermeiros orientadores neste aspeto.

Verificamos a existência de colaboração da equipa de enfermagem com o enfermeiro orientador e EE na prestação dos cuidados aos doentes, embora nalguns casos a colaboração não tenha tido em conta as necessidades de aprendizagem dos EE, sendo que estes por vezes foram substituídos pelos enfermeiros. Também verificamos alguma colaboração da equipa na supervisão dos EE, embora em menor grau do que no item anterior, sendo que alguns enfermeiros orientadores nem sempre gostavam que a equipa colaborasse na supervisão, pelo receio que prejudicasse a aprendizagem dos EE.

Verificamos que o facto de o enfermeiro orientador estar inserido no plano de trabalho, surgiu como aspeto negativo, pois para além de representar uma sobrecarga para o próprio, trazia consequências negativas para o serviço, para a supervisão integral dos EE e para a realização de outras atividades relacionadas com os EC. Decorrente desta circunstância, verificamos intermitência de enfermeiros orientadores num dos serviços durante um curto espaço de tempo, o que se refletiu no desempenho dos EE, confirmando a priorização das necessidades dos serviços em detrimento dos aspetos relacionados com a formação dos EE.

Verificamos discrepâncias no rácio enfermeiro orientador/doentes entre serviços no mesmo EC e entre os dois ensinos clínicos, sendo mais elevado no EC A. Nalguns serviços os enfermeiros orientadores ficavam com mais doentes para além dos atribuídos aos EE, enquanto noutros poderiam ficar supranumerários. Os rácios variavam de acordo com as conveniências e possibilidades de cada serviço. Consideramos estas circunstâncias negativas pois representavam uma sobrecarga para os enfermeiros orientadores, carecendo de análise conjunta entre as duas instituições, de clarificação ao nível do protocolo interinstitucional e de monitorização regular.

Também verificamos discrepâncias no rácio enfermeiro orientador/EE entre o EC B e o EC A, sendo no primeiro caso uniforme e adequado (1 enfermeiro orientador/3 EE), e no segundo um rácio elevado, mais do que o dobro do verificado no EC B (1 orientado/ 8 a 10 EE), não sendo claras as razões da diferença observada, carecendo de análise por parte de ambas as instituições. Constatamos a acumulação de outras funções pela maioria dos enfermeiros orientadores, para além da prestação dos cuidados e da supervisão de EE, contrariando o solicitado pela escola e conduzindo à sobrecarga dos mesmos.

Na sequência dos aspetos mencionados anteriormente, constatamos alguma falta de disponibilidade dos enfermeiros orientadores para a supervisão e para outras atividades relacionadas com os EC (realização de OT, participação nas OT mistas, reuniões com professor). Esta falta de disponibilidade esteve relacionada com o facto de a supervisão ocorrer dentro do horário de trabalho, estarem com doentes atribuídos, pela falta de incentivos e pelas OT mistas serem fora do hospital.

Constatamos que o tempo destinado à orientação variava com o número de EE e de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador, com a colaboração dos outros elementos da equipa, e com a acumulação de outras funções. Os enfermeiros orientadores não se sentiam completamente libertos para a função de supervisão, pois faziam parte da equipa, considerando isso prioritário em relação à supervisão, mesmo quando estavam supranumerários, o que pensamos estar relacionado com as suas conceções acerca da supervisão, com a dotação de pessoal de enfermagem, e com a dificuldade em priorizar os assuntos da formação. Aparentemente, os EE tentavam resolver por si as dificuldades relacionadas com o comportamento dos doentes e a gestão da informação a dar aos mesmos, parecendo existir menor apoio dos enfermeiros orientadores em relação a esses aspetos que consideramos relacionadas com a sua menor disponibilidade para o acompanhamento integral dos EE.

Registamos que a participação dos enfermeiros orientadores nas OT mistas estava condicionada, pelo facto de estar dependente da carga de trabalho do serviço e da obtenção de dispensa por parte do enfermeiro chefe, uma vez que ocorria dentro do horário de trabalho, pelo que foi menos frequente no ano letivo 2010-2011, o que consideramos negativo para a articulação entre a teoria a prática e para a aproximação escola/CPC.

Verificamos predominância do modelo biomédico como base das concepções e da atuação dos enfermeiros, tendo a sua atenção centrada mais nas intervenções interdependentes, decorrentes das prescrições médicas e a organização da assistência em função dessa premissa, o que se refletia na forma como os EE se organizavam, com elevada concentração nos procedimentos técnicos e não tanto na abordagem mais global do doente como é preconizado pela escola.

Constatamos a existência de discrepâncias teoria/prática, sendo a ênfase colocada no modelo em uso, mais centrado nas rotinas e procedimentos, com pouco questionamento e estimulação da reflexão e da autonomia nas decisões. Os resultados revelaram algum desconhecimento por parte dos enfermeiros orientadores dos conteúdos lecionados e da filosofia da escola, embora no questionário os mesmos tivessem considerado o contrário. As discrepâncias observadas, aparentemente, estiveram relacionadas com a menor disponibilidade dos professores para estarem nos CPC, com a menor disponibilidade dos enfermeiros orientadores para reunirem com os professores e participarem nas OT mistas, e com as diferenças nos modelos conceituais de enfermagem entre as duas instituições.

Tal como fomos referindo ao longo deste capítulo os resultados convergem com os de outros estudos tanto nacionais como estrangeiros, sobretudo no que se refere às dificuldades de articulação e comunicação interinstitucional, às divergências de objetivos entre as instituições envolvidas, à não priorização da formação por parte das instituições de saúde, às diferenças nos modelos conceituais entre as instituições, à preparação deficiente dos enfermeiros orientadores, à sobrecarga destes, e à pouca permanência do professor nos CPC, entre os aspetos mais relevantes.

Por outro lado, tendo em conta os princípios subjacentes à concepção da DEU e as experiências de outros países relativamente à sua implementação, os resultados também revelaram que a implementação do modelo ficou comprometida pelas barreiras encontradas e pelas lacunas no seu planeamento e implementação.

CONCLUSÃO

Ao finalizarmos o presente trabalho, consideramos que será importante sintetizar os aspetos relevantes do mesmo, começando por realizar um balanço relativamente aos objetivos delineados inicialmente.

O primeiro objetivo consistia em “descrever as condições necessárias à existência de uma UDEE”. Apesar da transformação prevista não se ter concretizado de forma plena, identificamos algumas condições, como a existência de interesse e vontade das instituições envolvidas em serem criativas, em estarem por dentro dos princípios subjacentes ao modelo, ou seja, em conhecerem-no e acreditarem nas suas potencialidades. Seja quais forem as instituições envolvidas, consideramos que o modelo adotado, mesmo baseado nas DEU, tem de ser adaptado às circunstâncias das instituições em causa. A articulação interinstitucional tem de ser evidente, através da existência de sintonia, com uma boa comunicação entre as instituições envolvidas, desde os níveis mais altos das hierarquias até aos níveis mais baixos. Consideramos que terá de se verificar alguma convergência dos objetivos de ambas as instituições no que concerne à formação e à prestação de cuidados de enfermagem. Neste sentido, a instituição de saúde terá de providenciar condições adequadas para o ensino e de promover nesse âmbito a motivação dos profissionais. O aspeto da motivação e da informação dos intervenientes em relação ao modelo terá forçosamente de ter em conta, não só os enfermeiros, mas também os professores, aspeto que a escola não deve descuidar e no qual tem um papel primordial. Estas primeiras condições são fundamentais para uma outra condição essencial que é o envolvimento, sobretudo dos enfermeiros da instituição de saúde, nos aspetos da formação dos EE. Também, será necessária a definição das contrapartidas para ambas as instituições, incluindo possíveis contrapartidas ou benefícios para os vários intervenientes.

Por outro lado, as condições dos CPC têm de ser adequadas em termos físicos, de recursos materiais e humanos, e de oportunidades de aprendizagem para a consecução dos objetivos dos EE, assim como, pela qualidade dos cuidados prestados, devendo-se constituir modelos de boas práticas. A este respeito, salienta-se a necessidade da dotação adequada de enfermeiros para que os rácios sejam adequados e

exista disponibilidade para orientar os EE, sobretudo, dos profissionais com maior responsabilidade a esse nível. Neste sentido, a flexibilização dos horários para a orientação dos EE também é importante. Para que determinada UCS seja dedicada ao ensino tem de se priorizar na sua prática quotidiana, não podendo constituir uma atitude meramente esporádica e pouco estruturada, mas contínua e concertada. A priorização do ensino não ocorre por “arte mágica”, nem depende só de uma diretiva superior, exige reconhecimento da sua importância, e requer aceitação, vontade e esforço de todos para percorrer esse caminho, assim como uma organização do CPC em função desse objetivo. Neste sentido, pensamos que será difícil criar e manter uma UDEE se os seus profissionais não valorizam, descuidam e não investem na sua própria formação e na aprendizagem ao longo da vida. A formação pedagógica de todos os enfermeiros, mas sobretudo dos enfermeiros orientadores, constitui condição crucial para a dedicação ao ensino.

Por outro lado, a unidade não pode ser inteiramente dedicada ao ensino se não incluir os professores na sua dinâmica, se os considerar intrusos ou se os estigmatizar como elementos desfasados dos problemas da prática real, tem de ter as “*portas abertas*” à sua entrada e à sua permanência, sem receios ou preconceitos. Para além disso, tem de ter profissionais que tenham uma atitude permanente de abertura à mudança e à inovação, que estejam dispostos a quebrar a “rotina” quotidiana. Nesta perspetiva, os professores terão de se disponibilizar para estarem nos CPC, fazerem parte deles e terem uma mente aberta para os possíveis saberes oriundos da prática. A comunicação entre professores e enfermeiros tem de ser o ponto de ordem, sobretudo entre professores e enfermeiros orientadores. Também, deveria ser dado especial relevo à comunicação com os enfermeiros chefes, pois são pilares fundamentais no funcionamento de qualquer UCS.

Para que a dedicação ao ensino seja plena, os elementos que integram as UCS devem ter disponibilidade e estarem dispostos a questionar as suas práticas e a refletir sobre elas, em conjunto com os professores e EE, seja em sessões de OT, de discussão de casos ou outras, de forma a identificar as teorias em uso e os modelos que sustentam as suas práticas e de identificarem caminhos de melhoria dos cuidados e da orientação dos EE. Neste sentido, a existência de projetos de investigação e de produção científica entre elementos da escola e dos CPC é fundamental.

Outros objetivos traçados consistiam em “descrever o processo de transformação de uma UCS em UDEE e as respetivas etapas”. Com o trabalho de campo realizado no

nosso estudo, conseguimos apenas descrever as fases iniciais de aproximação interinstitucional, como as reuniões iniciais entre a direção de enfermagem do HP e a coordenação do ensino de enfermagem do ICS e as respectivas resoluções, assim como as consequências no desenvolvimento dos EC. Mesmo assim, a partir dos resultados do estudo foi possível identificar as respectivas implicações práticas que permitiram propor as etapas que nos pareceram essenciais para a concretização do projeto, e que exploraremos mais adiante.

No seguimento dos objetivos anteriores pretendíamos também “identificar o tipo de recursos necessários para a criação de uma UDEE”. A este propósito, parece-nos por demais evidente que os recursos necessários, mais do que materiais têm de ser sobretudo humanos. A dotação adequada de pessoal de enfermagem parece-nos o recurso mais necessário, dada a marcada vertente de ensino da UDEE e a consequente exigência de organização da dinâmica com esse fim, com grande disponibilidade dos enfermeiros para a orientação dos EE e o envolvimento nas restantes atividades relacionadas com os EC, assim como com a sua própria formação. Da mesma forma, os recursos em termos de professores têm de ser adequados, com rácios professor/EE de acordo com o preconizado, sendo que cada professor não deveria ter destinada mais que uma a duas UDEE, dada a necessária disponibilidade para permanecer mais tempo no CPC, não só para colaborar na orientação e avaliação dos EE e na prestação de cuidados, mas também para reunir regularmente com os enfermeiros orientadores e enfermeiros chefes, assim como, para organizar atividades de formação e reflexão conjunta, e colaborar na formação dos enfermeiros e nas atividades protocoladas com a instituição de saúde. Tanto professores como enfermeiros precisam de tempo para o acompanhamento integral, adequado e próximo dos EE nas várias circunstâncias, para os ajudarem a lidar com os constrangimentos das situações de prática real, como o comportamento adverso dos doentes, a sua vulnerabilidade e sofrimento, relação terapêutica, os dilemas morais e éticos, e mesmo para o acompanhamento nos procedimentos técnicos, cuja realização pelos EE exige sempre mais tempo e mais recursos humanos.

Quanto à “identificação das competências necessárias nos enfermeiros de uma UDEE”, consideramos que não divergem muito das que são necessárias em todos os CPC que recebem EE e que são descritas na literatura. Contudo, dados os objetivos marcadamente de ensino das unidades dedicadas a esse fim, para além da competência profissional no sentido de constituírem modelos de boa prática para os EE, seria muito

importante o desenvolvimento de competências pedagógicas, uma vez que na UDEE todos os enfermeiros são potenciais orientadores dos EE na prática quotidiana de cuidados e, portanto, têm de compreender qual o seu papel na promoção do processo de ensino/aprendizagem dos EE. O desenvolvimento das competências sócio afetivas seria importante, assim como, o desenvolvimento de competências ao nível da investigação.

No que respeita à “descrição dos resultados obtidos com a criação de uma UDEE”, consideramos que os passos dados evidenciaram alguns frutos, como o facto de a presença dos EE ser reconhecida como impulsionadora do desenvolvimento global da equipa de enfermagem, sobretudo para a atualização de conhecimentos, como também para a melhoria global dos cuidados de enfermagem. Verificamos melhoria relativa da preparação de alguns enfermeiros orientadores, e satisfação global dos EE com o desempenho dos mesmos. Utilização por parte dos enfermeiros orientadores de critérios adequados de seleção dos doentes a atribuir aos EE e de rácios EE/doentes também homogéneos e ajustados ao estágio de aprendizagem. Maior aproximação de um dos enfermeiros chefes relativamente aos objetivos da formação, com participação na discussão dos estudos de caso realizados pelos EE. Relativa aproximação entre enfermeiro orientador/professor e CPC/escola no ano letivo 2009-2010, evidenciada por uma maior participação dos enfermeiros orientadores nas OT mistas, onde puderam compreender melhor os princípios subjacentes ao modelo exposto e ao modelo preconizado pela escola no que se referia à orientação de EE em EC. Relativa participação dos enfermeiros orientadores, no ano letivo 2009-2010 nas sessões de formação interna de docentes promovidas pela escola. Colaboração da equipa na prestação dos cuidados aos doentes atribuídos aos EE e, também, alguma colaboração com os enfermeiros orientadores na supervisão dos EE. Realização de reuniões de investigação conjuntas, com elementos da escola e CPC, e multidisciplinares, com médicos e enfermeiros.

O enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, associado a algumas discrepâncias e inadequação dos rácios enfermeiro orientador/doentes e enfermeiro orientador/EE, conduziu a uma sobrecarga dos enfermeiros orientadores e à diminuição do tempo para a supervisão integral dos EE e para a realização de outras atividades relacionadas com o EC, assim como para a prestação dos cuidados aos doentes atribuídos. Apesar dos progressos, ainda se constatarem várias discrepâncias teoria/prática, sendo a ênfase colocada no modelo utilizado pelos profissionais dos CPC,

muito centrado nos procedimentos e “rotinas”, por vezes em desacordo com a abordagem holística do doente preconizada pela escola.

Relativamente aos “fatores influenciadores do processo de implementação do modelo”, identificamos fatores que influenciaram positivamente e outros que influenciaram negativamente. No primeiro caso, consideramos que as boas condições gerais dos serviços em termos físicos, de material, de higiene, de organização e de acolhimento global por parte das equipas de enfermagem influenciaram positivamente o desenvolvimento dos EC. Também, de primordial importância a maior colaboração da direção de enfermagem, sobretudo no ano letivo 2010-2011, na criação de condições favoráveis à realização dos EC. A motivação para a orientação de EE expressa pelos enfermeiros orientadores, tanto durante a observação dos CPC, como através do questionário, e a sua vasta experiência profissional, assim como alguma experiência na orientação dos EE nos EC em causa, foram aspetos que consideramos que influenciaram positivamente o processo. Outro fator promotor da aproximação escola/CPC foi a realização de OT mistas por um dos professores, abertas à presença dos enfermeiros orientadores e outros enfermeiros. Neste sentido, a presença e participação dos enfermeiros orientadores e de um dos enfermeiros chefes nestas OT, aumentou a aproximação e produziu efeitos positivos no desenvolvimento do EC. Apesar da pouca participação dos enfermeiros na resposta ao questionário *online*, os resultados obtidos através do mesmo revelaram que os enfermeiros em causa estavam motivados para a orientação formal e informal dos EE, e atribuíam grande importância à formação contínua para o seu desempenho profissional, assim como reconheciam que o seu desempenho era importante na formação dos EE, aspetos que consideramos como terem um potencial de influência positiva.

Por outro lado, consideramos que outras circunstâncias tiveram influência negativa na implementação do modelo. O *status quo* e a dinâmica do HP, cujos objetivos estavam pouco centrados na formação e, portanto, sem a atribuição da prioridade necessária aos assuntos relacionados com esta vertente, com a consequente divergência com os objetivos da escola. A interferência por vezes negativa da equipa médica, sem atender aos objetivos de aprendizagem dos EE. Também, os défices de comunicação dentro das duas instituições e interinstitucionais, evidenciando falta de informação por parte dos intervenientes acerca da parceria e do modelo em causa, com a consequente dificuldade de maior envolvimento dos profissionais do HP na formação dos EE. Também pensamos que a abolição abrupta das contrapartidas para os

enfermeiros orientadores teve um impacto negativo. O enfermeiro orientador inserido no plano de trabalho, a discrepância de rácio enfermeiro orientador/doentes e enfermeiro orientador/EE e, nalguns serviços, a inadequação dos mesmos, assim como, a acumulação de outras funções por parte dos enfermeiros orientadores, conduzindo à sobrecarga dos mesmos, constituíram fatores negativos para a orientação integral dos EE. A este respeito, o número de EE por vezes elevado, assim como a preparação e comportamento inadequados dos mesmos, algumas vezes constatados, interferiu negativamente na dinâmica dos CPC. Consideramos que as discrepâncias teoria/prática, o modelo em uso centrado nas rotinas e procedimentos e a predominância do modelo biomédico não ajudaram a que o processo de aprendizagem dos EE se centrasse na abordagem holística dos doentes. Também, as poucas oportunidades de aprendizagem nalguns serviços. Por fim, consideramos que a reduzida formação académica e pós-graduada dos enfermeiros orientadores, sobretudo ao nível da supervisão, e o pouco investimento na formação, apesar da importância atribuída, são fatores que têm potencial para limitar a promoção do processo de ensino/aprendizagem dos EE.

Dado o exposto, não podemos considerar que o modelo falhou, apenas que a sua implementação não se concretizou plenamente como consequência do défice no seu planeamento e das barreiras na articulação interinstitucional, as quais foram também identificadas noutros estudos. Também, não podemos extrapolar os resultados encontrados para outros contextos, eles servem apenas para clarificação da problemática em estudo e para a identificação das dimensões a melhorar no contexto da parceria estudada.

Apesar de considerarmos que, tal como referido por Silva (2010), a criação de raiz de uma instituição dedicada ao ensino facilitaria todo o processo, não somos de opinião que essa possa ser a única solução possível favorecedora da formação dos EE em EC, dados os resultados dos estudos referidos na revisão da literatura. Somos de opinião que essa seria a solução ideal. Contudo, no contexto da parceria das duas instituições em estudo, consideramos que o modelo de educação pode ser bastante melhorado.

No seguimento do exposto anteriormente, pareceu-nos pertinente delinear um conjunto de propostas de melhoria, que surgiram como implicações do estudo realizado e que organizamos em função de três eixos que consideramos fundamentais: articulação interinstitucional, hospital e escola.

No que respeita à articulação interinstitucional, os resultados evidenciaram a necessidade de uma maior aproximação das duas instituições envolvidas, no sentido da clarificação e concretização de vários aspetos relacionados com a parceria, sobretudo dos itens relativos à formação e à transformação do HP num hospital de ensino. Parece-nos que seria necessário, que ao mais alto nível das duas instituições se fizesse uma avaliação da parceria até ao momento, aspetos positivos e aspetos a melhorar, e se verificasse qual o caminho a seguir em termos daquilo que cada uma das instituições pretende com a mesma. Sem este passo prévio consideramos que o sucesso dos seguintes ficará comprometido. Depois da manifestação do interesse e da vontade de cada uma das instituições em continuar, então seria mais fácil identificar o percurso a fazer em conjunto, com definição clara de objetivos, de estratégias e de tempo para a consecução das etapas seguintes, assim como das formas como se deveria processar a avaliação da parceria. Seria importante que cada uma das instituições clarificassem os respetivos objetivos quer quanto ao ensino e à investigação, quer quanto à assistência aos doentes, para que se pudessem identificar os itens de trabalho conjunto e assim potenciar a ação de cada uma no sentido da melhoria do ensino e da qualidade dos cuidados. Neste âmbito, seria importante clarificar os pontos de convergência e os pontos de divergência, assim como, as contrapartidas recíprocas. Seria importante também analisar as eventuais formas de colaboração multidisciplinar, sendo que as reuniões com grupos de investigação realizadas anteriormente e as ações de formação conjunta constituíram um bom exemplo a este nível.

Seguidamente seria necessária a análise global e muito concreta dos aspetos relacionados com a formação no âmbito da enfermagem, dos resultados obtidos, que inicialmente poderiam ser abordados em reuniões de topo entre a direção de enfermagem e a coordenação do ensino de enfermagem na escola, mas que depois teriam de incluir elementos de níveis mais baixos da hierarquia, como os enfermeiros chefes e professores, devendo fazer-se um ponto de situação. Neste sentido parece-nos que seria necessário clarificar as características do modelo de supervisão de EE em EC e os restantes aspetos relacionados. O plano da parceria em geral e os aspetos particulares relativos à formação de EE deveriam ser concertados, escritos, cumpridos e verificados por ambas as instituições.

No nosso entender consideramos que seria importante a criação de um grupo de acompanhamento do processo de implementação do modelo que se deveria reunir pelo menos uma vez por mês, e do qual deveria fazer parte a enfermeira geral, a CUEE, um

professor, um representante dos enfermeiros chefes, um a dois representantes dos enfermeiros orientadores e um a dois representantes dos enfermeiros. O grupo deveria elaborar um protocolo de implementação no qual deveriam constar: (i) os princípios subjacentes ao modelo; (ii) os critérios e forma de seleção dos enfermeiros orientadores; (iii) número máximo de EE em cada serviço; (iv) funções de cada interveniente (professor, enfermeiro orientador, enfermeiro chefe, enfermeiros, EE); (v) rácio enfermeiro orientador/EE e enfermeiro orientador/doentes, com definição de mínimos e máximos, e situação do enfermeiro orientador em relação ao plano de trabalho; (vi) tempo mínimo de permanência do professor nos CPC; (vii) formas de comunicação interinstitucional, com especificação acerca do tipo de comunicação desejada entre os vários intervenientes; e (viii) periodicidade e sistema de avaliação do processo de implementação. Pensamos também que o grupo de acompanhamento deveria analisar e planificar as formas de promover e potenciar o envolvimento dos restantes elementos da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar na supervisão dos EE, assim como, as condições de cada CPC para receber EE. Tal como aconteceu com a implementação de várias DEU noutros países e, dependendo do número unidades em que o modelo fosse implementado, poderia ser ponderada a criação de um grupo de acompanhamento em cada UCS e do qual deveriam fazer parte o enfermeiro chefe, o professor alocado à unidade, os enfermeiros orientadores, um representante dos enfermeiros e um representante dos EE.

Dentro das características do modelo, consideramos que deveria ser dada prioridade máxima à análise de todos os itens relacionados com os enfermeiros orientadores que, embora sob proposta da escola, teriam de ser analisados pelo grupo de acompanhamento. Embora nas DEU exista uma combinação do modelo de facilitador com o do preceptor/mentor, consideramos que na fase de aprendizagem em que os EE se encontram nos EC A e B, este não seria o modelo mais indicado, dado o número e diversidade de “*preceptores/mentores*” com preparação que seriam necessários. Contudo, pensamos que o modelo de preceptor/mentor, com o rácio de 1/1, seria adequado no último EC do CLE, dadas as características da orientação em causa. Tendo em conta a revisão da literatura sobre os modelos de supervisão, os resultados dos vários estudos e da presente pesquisa, consideramos que para os EC A e B se deveria manter a figura do enfermeiro orientador, com um rácio médio de 3 a 4 EE, ficando com a responsabilidade dos doentes atribuídos aos mesmos, tendo de ser partilhada com outros elementos da equipa definidos no plano de trabalho, numa aproximação ao “*cluster*”

model”. A dotação de pessoal do turno teria de ser suficiente para poder compensar a eventual ausência dos enfermeiros orientadores para reunir com os EE, ou para outras atividades relacionadas com o EC, de forma a estarem mais disponíveis para a função de supervisão. O aspeto da dotação de pessoal adequada assume para nós extrema importância, dado que seria indispensável evitar a sobrecarga dos enfermeiros orientadores para não comprometer a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados, assim como o processo de ensino/aprendizagem dos EE.

Por outro lado, como já foi referido, seria imprescindível a definição dos critérios e forma de seleção dos enfermeiros orientadores, a partir de uma prévia definição do perfil de enfermeiro orientador por parte da escola. Os critérios deveriam ser divulgados ao nível do hospital, assim como o processo de candidatura, que deveria ser transparente. Seria importante incluir nos critérios de seleção a formação pós-graduada dos candidatos, tanto académica como não académica e, neste âmbito, a formação ao nível pedagógico para a supervisão de EE em EC, sendo necessário a definição por parte da escola dos mínimos necessários a este nível para o desempenho da função. Idealmente, nenhum enfermeiro deveria orientar EE sem preparação para esse fim. Esta formação deveria contemplar reciclagens obrigatórias numa dada periodicidade, como de 2/2 ou de 3/3 anos.

Decorrente da premissa anterior, seria mais fácil a clarificação da função de enfermeiro orientador e a sensibilização dos enfermeiros orientadores para a promoção nos EE da reflexão e da autonomia nas decisões, assim como para a intervenção ao nível da relação terapêutica dos EE e no desenvolvimento das competências sócio afetivas. Na formação dos enfermeiros orientadores seria importante também a sensibilização para a existência de sintonia entre si, com os professores e com o preconizado pela escola (filosofia, valores, conteúdos lecionados), sendo importante o incremento da comunicação com os professores. Seria relevante a sensibilização para a prioridade a dar aos aspetos relacionados com a orientação dos EE, assim como, alertar para as condições de uma supervisão segura tanto para doentes como para os EE. Este aspeto poderia necessitar de análise conjunta periódica em cada serviço, entre professor, enfermeiro chefe, enfermeiro orientador e um representante dos enfermeiros. Ainda a sensibilização para as OT mistas e para a orientação em parceria.

Ambas as instituições deveriam planear espaços de formação conjunta (professores, enfermeiros orientadores, enfermeiro chefe, enfermeiros da equipa, EE, outros profissionais) tanto ao nível de cada serviço, como ao nível do hospital e da

escola, numa tentativa de diluir progressivamente as fronteiras que separam cada uma das instituições.

No que diz respeito ao hospital, embora ambas as instituições tenham linhas de convergência, só com muito esforço e vontade das duas partes se conseguirá quebrar as barreiras existentes, tendo em conta o passado de cada uma e os paradigmas subjacentes à sua atuação. Pensamos que será mais difícil promover as mudanças e os ajustamentos necessários ao nível do hospital, dado o número de profissionais envolvidos, as relações de poder estabelecidas, a conjuntura de restrições financeiras, as exigências e objetivos criados e o paradigma vigente.

Ficou claro que ao nível do hospital seria necessária uma reflexão acerca dos objetivos que pretende atingir na área do ensino e do papel que pretende desempenhar neste âmbito, assim como acerca do planeamento das estratégias adequadas. Para além disso, fica claro também que para a implementação do modelo de supervisão de EE em EC sugerido, a prioridade relativamente aos assuntos da formação teria de ser bem maior, sendo que teria de existir vontade expressa e demonstrada para que tal se verificasse. Por outro lado, as formas de comunicação dentro da instituição teriam de ser melhoradas de forma que existisse uma compreensão semelhante dos aspetos relacionados com a formação dos EE, com o objetivo de criar de condições adequadas para a realização dos EC.

Ao nível de cada serviço os enfermeiros chefes deveriam respeitar as condições acordadas para que os enfermeiros orientadores orientassem os EE, não os sobrecarregando também com outras funções, e promovendo a responsabilidade partilhada (com os enfermeiros do serviço) dos doentes atribuídos aos EE, de forma que pudessem despende o tempo necessário na orientação, contando que os EE demoram sempre mais tempo na execução das atividades. Deveria existir maior flexibilização e compatibilidade dos horários dos enfermeiros orientadores para que pudessem ausentar-se durante o turno de trabalho para realizar ou participar em atividades relacionadas com o ensino. Nesta perspetiva a distribuição dos enfermeiros orientadores deveria ser feita segundo as necessidades de aprendizagem dos EE e não em função do serviço e, também, de forma a possibilitar em cada serviço a escolha dos doentes mais adequados aos EE.

Para além disso, seria necessária abertura para a rentabilização das oportunidades de aprendizagem existentes, assim como para a permanência do professor

nos CPC e para o seu eventual contributo na orientação dos EE e na melhoria dos cuidados aos doentes.

A escola deveria ter um papel extremamente importante como ator impulsionador da maior parte das ações mencionadas anteriormente, tanto ao nível do hospital como ao nível da articulação interinstitucional. Contudo, em primeiro lugar, internamente teria de analisar e discutir assuntos como a preparação dos EE para realizar EC, fazendo o diagnóstico da situação e desenvolvendo as estratégias necessárias para a melhorar. Também, a questão do formato de OT na planificação dos dois EC em causa, com maior comunicação entre os professores, sobretudo entre os regentes, com definição de linhas orientadoras para a realização de OT, com a promoção das OT mistas nos dois EC, como uma das formas de promoção da discussão das práticas, sobretudo se realizadas no CPC e incluírem apresentação de estudos de caso.

Anualmente, a escola deveria proceder à análise do aproveitamento dos EE, tendo por base as classificações, a análise das reflexões e as avaliações dos CPC realizadas pelos mesmos.

Outros aspetos teriam de ser analisados e debatidos, como o modelo a implementar e a função do professor no CPC. Em nosso entender, não restam dúvidas de que deveria ser feito investimento na promoção das condições para que os professores pudessem permanecer mais tempo nos CPC, estipulando um tempo mínimo semanal em cada local que não deveria ser inferior a 8/10h, pois seria o necessário para que cada professor criasse vínculos com o CPC em causa. Consideramos que esta condição possibilitaria maior aproximação escola/CPC e que o professor pudesse colaborar com os enfermeiros orientadores no acompanhamento dos EE, na supervisão dos mesmos, na colaboração em assuntos relacionados com a prestação de cuidados, na maior comunicação com o enfermeiro chefe e restantes enfermeiros. Entendemos que a permanência do professor no CPC não pode ser esporádica ou de passagem, não basta “ir” ou “passar pelo CPC”, tem de permanecer lá, de forma a criar vínculo e a ser elo de ligação escola/CPC e, eventualmente, membro da equipa. A periodicidade de reunião com os enfermeiros orientadores não deveria ser inferior a uma vez por semana, assim como com o enfermeiro chefe, com o qual deveria ter reuniões, pelo menos quinzenais.

Para além destes aspetos, a escola teria um vasto trabalho a desenvolver na elaboração de documentos a serem apresentados e discutidos tanto internamente como no hospital como: o protocolo de implementação do modelo, formas de avaliação do

processo de implementação, critérios e forma de seleção dos enfermeiros orientadores, condições dos CPC para a realização do EC, entre outros. Seria importante que procedesse à sua divulgação, especialmente junto dos enfermeiros do hospital através de ações tipo *workshop*.

O seu papel seria preponderante na planificação da formação dos enfermeiros orientadores e na colaboração com o hospital na formação dos restantes enfermeiros, não só quanto a aspetos pedagógicos, mas também quanto a outras necessidades formativas identificadas, tendo em conta o conceito de DEU que preconiza o envolvimento de todos os profissionais do CPC, com especial destaque para os profissionais de enfermagem. A este respeito, seria importante a promoção de espaços de discussão, entre professores e enfermeiros acerca do modelo concetual de enfermagem e da filosofia preconizadas pela escola, reflexão acerca das dicotomias modelo exposto/em uso, sobre tendências atuais na enfermagem, padrões de qualidade, processo de enfermagem e outros itens relacionados. Outros itens de formação a propor poderiam situar-se no âmbito da formação humana, da comunicação em enfermagem, do desenvolvimento de inteligência emocional, do desenvolvimento ético-moral, da gestão do risco, entre outros. A escola poderia colaborar com o hospital também no diagnóstico das necessidades formativas dos enfermeiros.

Seria importante que os professores em conjunto com os enfermeiros chefes identificassem possíveis focos de conflito entre a equipa de enfermagem e os enfermeiros orientadores e que as ações de sensibilização dos enfermeiros abordassem o papel dos mesmos na formação dos EE e o tipo de colaboração mais adequada, tanto na prestação de cuidados como na orientação dos EE.

Tendo em conta os resultados da pesquisa, a escola deveria também promover espaços de discussão multidisciplinar, com vista ao envolvimento da classe médica nos aspetos da formação.

Entendemos como importante a sensibilização dos enfermeiros em geral para a importância da formação pós-graduada, com relevo para a formação académica, assim como, para a formação contínua e a criação de condições de acesso e de frequência atrativas. Deveriam ser traçadas metas de produção científica conjunta.

Dado o exposto anteriormente e como apontamento final, consideramos, tal como Rua (2009), que é necessário continuar a aprofundar a investigação acerca das parcerias entre as escolas de enfermagem e as instituições de saúde e, nesse sentido consideramos que a pesquisa acerca deste modelo, desenvolvido com esta instituição de

saúde ou com outras, não deve parar, sendo fundamental a procura constante da melhoria. Está em causa a qualidade da formação dos EE, não só como profissionais mas também como pessoas, estando por demais provado que os estudantes são muito influenciados pelo que vêm fazer, pelos CPC e pelos profissionais que lhe servem de referência durante o curso, necessitando de um acompanhamento muito próximo de professores e enfermeiros para que possam desenvolver-se, saberem quem são, compreenderem melhor os outros e o mundo que os rodeia. Estes estudantes são futuros profissionais de enfermagem que vão ter ao seu cuidado pessoas muitas vezes vulneráveis e em sofrimento, nas mais variadas circunstâncias, e vão ter de tomar decisões por vezes em situações complexas, precisando de estar bem conscientes das respetivas implicações. Nesta perspetiva, os EE precisam de saberem relacionar-se terapêuticamente com as pessoas que estão ao seu cuidado, de saberem trabalhar em equipa, de serem responsáveis, de saberem reconhecer os seus erros, de serem competentes sob o ponto de vista técnico e científico, e de se disponibilizarem para estarem em processo contínuo de aprendizagem ao longo da sua vida, com vista à atualização permanente e à implementação das melhores práticas.

No que nos diz respeito, poderemos afirmar que este trabalho contribuiu muito para a compreensão da visão dos diferentes intervenientes das duas instituições, sobretudo dos da instituição de saúde, ampliando e enriquecendo a nossa perspetiva da problemática em estudo. Foi muito importante estarmos fora do processo para poder ver o outro lado, aquele que normalmente não conseguimos ver quando estamos imersos na nossa prática quotidiana. A pesquisa realizada, para além de clarificar as várias dimensões em análise, serviu para identificar oportunidades de melhoria nas nossas funções de educação em contexto de EC e de articulação com os profissionais dos CPC, condições fundamentais na promoção do processo de ensino/aprendizagem dos EE em prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, Wilson. 2001. *Identidade, Formação e Trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (Estudo Multicasos)*. Coimbra: Formasau. Lisboa: EDUCA – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Abreu, Wilson. 2003. *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* (Coleção: Cadernos Sinais Vitais – nº1). Coimbra: Formasau.

Abreu, Wilson. 2007. *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau.

Alarcão, Isabel. 1996. Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. [autor do livro] Isabel Alarcão (org.), et al.. *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora.

Alarcão, Isabel. 2001. Escola reflexiva. [autor do livro] Isabel Alarcão (org.), et al. *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Amado, João. 2000. A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, Novembro, nº 5, p. 53-63.

Amado, João. 2010. Ensinar e aprender a investigar – reflexões a pretexto de um programa de iniciação à pesquisa qualitativa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano 44, N.º 1, p.119-142.

Amador, Maria Virtuosa. 1991. *Educação em Enfermagem: uma análise etnográfica da colaboração serviços-escolas nos estágios clínicos*. S. Paulo : Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Orientada pela Professora Doutora Maguida Costa Stefanelli.

Amaral, Maria Teresa. 1995. *Articulação Teoria-Prática: Que Percurso? (Um Estudo Exploratório desenvolvido com Docentes de Enfermagem)*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Dissertação no âmbito do 5º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

Amendoeira, José. 1994. *A Influência do Processo de Cuidar, na Orientação de Alunos em Ensino Clínico, na Perspetiva dos Docentes de Enfermagem: Um Estudo*

Exploratório. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Dissertação apresentada no âmbito do 4º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

Andrade, Carmen. 2005. *A Escola em Parceria. Representações de Alunos, Enfermeiros e Professores*. Chamusca : Edições Cosmos.

Arco, Helena. 2003. Entre a Lógica Organizacional e as Estratégias dos Atores. *Nursing*, Dezembro, n. ° 183, pp. 24-28.

Argyris, Chris. 1999. *On organizational learning*. Second Edition. Massachusetts: Blackwell Publishers.

Ascenso, João. 2007. Competências emocionais. [autor do livro] Mário Ceitil (org.). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.

Baptista, Maria Manuela. 1996. – *Formar para Cuidar: Contributos das Práticas de Planeamento de Estágios*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Orientada pela Professora Maria Adelina Bandeira Correia Lopes dos Santos.

Barreira, Aníbal; Moreira, Mendes. 2004. *Pedagogia das competências: da teoria à prática*. Porto: Edições Asa.

Barroso, Isabel. 2009. *O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem: Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stresse nos estudantes*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pelo Professor Doutor António Luís Carvalho.

Belo, Ana Paula. 2003. *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Perspetiva do Aluno*. Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Supervisão orientada pela Professora Doutora Isabel Alarcão e coorientada pela Professora Doutora Nilza Costa.

Benner, Patrícia. 2001. *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, Patrícia; Sutphen, Molly; Leonard, Victoria; Day, Lisa. 2010. *Educating Nurses. A Call for Radical Transformation*. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Bermejo, José Carlos. 2005. *Inteligência emocional. La sabiduría del corazón en la salud e en la acción social*. Maliaño: Editorial Sal Terrae.

Biley, Francis C.; Smith, Keri L. 1999. Making sense of problem-based learning: the perceptions and experiences of undergraduate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 30, 5. p. 1205-1212.

Bolívar, Antonio. 2009. *Deseñar e avaliar por competencias na Universidade: o EEES como reto*. Vigo: Universidade de Vigo.

Borges, Catarina. 2010. *Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: que Parcerias?* Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Supervisão orientada pela Professora Doutora Nilza Costa e co-orientada pelo Professor Doutor Wilson Abreu.

Boud, David; Keogh, Rosemary; Walker, David. 1985. Promoting reflection in learning: a model. [autor do livro] David Boud; Rosemary Keogh; David Walker. *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page.

Boud, David; Cohen, Ruth; Walker, David. 2011. Introducción: aprender desde la experiencia. [autor do livro] David Boud; Ruth Cohen; David Walker. *El Aprendizaje a partir de la experiencia. Interpretar lo vital y cotidiano como fuente de conocimiento*. Madrid: Narcea.

Boud, David; Walker, David. 2011. Obstáculos que impiden reflexionar sobre la experiencia. [autor do livro] David Boud; Ruth Cohen; David Walker. *El Aprendizaje a partir de la experiencia. Interpretar lo vital y cotidiano como fuente de conocimiento*. Madrid: Narcea.

Bourgeois, S.; Drayton N.; Brown, A. 2011. An innovative model of supportive clinical teaching and learning for undergraduate nursing students: The cluster model. *Nurse Education in Practice*, vol. 11, pp. 114-118.

Brun, Cidália. 1995. *Colaboração Escola / Serviços a Propósito das Opiniões dos Orientadores de Alunos de Enfermagem em Ensino Clínico*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende em Lisboa. Dissertação apresentada no âmbito do 4º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

Caires, Susana. 2001. *Vivências e Percepções do Estágio no Ensino Superior*. Braga: Universidade do Minho - Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino Aprendizagem.

Callaghan, Doris; Watts, Wilda E.; McCullough, Deborah L.; Moreau, Jeannine T.; Little, Maureen A.; Gamroth, Lucia M.; Durnford, Kerry Lynn. 2009. The experience of two practice education models: Collaborative learning unit and preceptorship. *Nurse Education in Practice*. Vol. 9, pp. 244-252.

Canário, Rui. 1997. Formação e Mudança no Campo da Saúde. [autor do livro] Rui Canário (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto : Porto Editora.

Cardoso, Maria João. 2005. *O Ensino Clínico em Enfermagem: A Experiência do Enfermeiro Orientador*. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação orientada pela Professora Doutora Maria Antónia Botelho.

Carvalho, Rosa. 2002. *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos. Perspetivas dos Atores*. Loures: Lusociência.

Carvalho, António Luís. 1996. *Fatores que influenciam a Aprendizagem do Aluno de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pelo Professor Doutor Agostinho Ribeiro.

Carvalho, António Luís. 2005. *Avaliação da Aprendizagem em Ensino Clínico no Curso da Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Carvalho, Maria Amélia. 1954. Escola de Enfermagem Doutor Ângelo da Fonseca. *Servir*.

(CASN) Canadian Association of Schools of Nursing. Task Force on Clinical/Practice Education. 2004. *Clinical Practice Education Survey 2003 (Version: 10-04-2004)*. Ottawa: CASN Canadian Association of Schools of Nursing.

Catarino, Helena. 1994. *Orientação de Alunos de Enfermagem em Ensino Clínico: Análise do Protocolo de Colaboração Escola/Instituições de Saúde*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Pinto.

Cavaco, Fernando. 2007. Modernidade, competência e metacompetência. [autor do livro] Mário Ceitil (org.), et al.. *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.

Ceitil, Mário. 2007. Proposta de definição do conceito de competências. [autor do livro] Mário Ceitil (org.), et al. *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.

Clare, Judith; Edwards, Helen; Brown, Diane; White, Jill; van Loon, Antonia; Malko-Nyhan, Kristina; Leibbrandt, Lara; Fahey-Shelton, Helen. 2003. *Evaluating Clinical Learning Environments: Creating Education-Practice Partnerships and Clinical Benchmarks for Nursing. Learning Outcomes and Curriculum Development in Major Disciplines: Nursing Phase 2 Final Report*. Australia:

Consortium of the Flinders University, Adelaide, University of Technology, Sydney, e Queensland University of Technology, Brisbane.

(CNA) Canadian Nurses Association. 2004. *Achieving Excellence in Professional Practice. A Guide to Preceptorship and Mentoring.* Ottawa: Canadian Nurses Association.

Coelho, Maria Luísa. 2000. *O Primeiro Estágio em Enfermagem: um Estudo Exploratório de expectativas e Dificuldades.* Lisboa: Instituto de Educação da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação orientada pela Professora Doutora Maria de Fátima Cavaleiro.

Comissão Europeia. 2007. *Competências essenciais para a aprendizagem ao longo da vida: quadro de referência europeu.* Luxemburgo: Serviço das Publicações oficiais das Comunidades Europeias.

Cordeiro, Rui. 2008. *O Papel da Supervisão ao nível do Ensino Clínico: de cotovia a mocho na Enfermagem.* Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Supervisão orientada pelo Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva.

Correia, José Alberto. 1997. Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação. [autor do livro] Rui Canário (org.), et al. *Formação e situações de trabalho.* Porto : Porto Editora.

Creedy, Debra; Horsfall, Jan; Hand, Bnan. 1992. Problem-based learning in nurse education: an Australian view. *Journal of Advanced Nursing.* 1992, Vol. 17. p.727-733.

Creswell, JW. 2003. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approachs.* Second Edition. EUA: Sage Publications.

Cruz, Maria Fernanda. 1996. *Grau de Satisfação dos Alunos quanto ao Processo de Supervisão do Ensino Clínico e quanto ao Modo como nele participam os diferentes Atores Educativos: um Estudo Descritivo.* Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pelo Professor Doutor Luís Marques Barbosa.

Cruz, Sandra. 2004. *Enfermeiros Tutores enquanto Sujeitos do Processo Ensino/Aprendizagem.* Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Dissertação de Mestrado em Administração e Planificação da Educação orientada pelo Professor Doutor Abel Paiva Silva [autor do livro] Marques et al. *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem.* Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João.

Cunha, Madalena; Ribeiro, Olivério; Vieira, C.; Pinto, F.; Alves, L.; Santos, R.; Martins, S.; Leite, S.; Aguiar, V.; Andrade, V. 2010. Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Revista Millenium*. Nº 38 (Junho), pp. 271-282.

D'Espiney, Luísa. 1997. Formação inicial/Formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. [autor do livro] Rui Canário (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto : Porto Editora.

Depresbiteris, L. 2005. Competências na educação profissional: é possível avaliá-las? *Boletim Técnico do SENAC*. Maio/Agosto. Vol. 31, 2. p. 1-22.

DEU Project Team. 2008. Dedicated Education Units – a New Way of Supporting Clinical Learning. *Kai Tiaki Nursing New Zeland*. N.º 11, Nov., Vol. 14, pp. 24-25.

Dewey, John. 1963. *Experience and education*. London: Collier Books.

Dias, Maria de Fátima P. B. 2005. *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.

Dixe, M. Anjos. 2007. Opinião dos Estudantes de Enfermagem sobre a Orientação em Parceria (Enfermeiros Orientadores e Docentes) dos Ensinos Clínicos. *Enfermagem*. 2ª Série, Julho-Dezembro, pp. 42-49.

Dominicé, Pierre. 1996. *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris: Édition L'Harmattan.

Downie, Jill; Orb, Angelica; Wynaden, Dyanne; McGowan, Sunita; Seeman, Zenith; Ogilvie, Sue. 2001. A practice research model for collaborative partnership. *Collegian*. N.º 4, Vol. 8, pp. 27-32.

Duarte, Newton. 2003. Conhecimento tácito e conhecimento escolar na formação de professores (Porque Donald Schön não entendeu Luria). *Educação & Sociedade*. Vol. 24, 83. p. 601-625.

Dyess, Susan; Boykin, Anne; Rigg, Connie. 2010. Integrating Caring Theory with Nursing Practice and Education. *The Journal of Nursing Administration*. N.º 11, November, Vol. 40, pp. 498-503.

Edgecombe, Kay; Wotton, Karen; Gonda Judith; Mason, Peter. 1999. Dedicated education units: 1 A new concept for clinical teaching and learning.

Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. Issue 4, December, Vol. 8, pp. 166-171.

Edmond, Cynthia B. 2001. A new paradigm for practice education. *Nurse Education Today*. Vol. 21, pp. 251-259.

Estrela, Albano. 1994. *Teoria e prática de observação de classes: uma estratégia de formação de professores*. 4ª Edição. Porto: Porto Editora.

European Commission. 2011. *An agenda for new skills and jobs: a european contribution towards employment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Evans, Norman. 2000. *Experiential learning around the world: employability and the global economy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Fernandes, Olga. 2004. *Entre a Teoria e a Experiência: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação orientada pela Professora Doutora Natércia Pacheco e coorientada pelo Professor José Alberto Correia.

Fernandes, Olga. 2008. Ensino clínico hospitalar em enfermagem. Formar no Confronto com a experiência. *Pensar Enfermagem*. N.º 1, 1º Semestre, Vol. 12, pp. 73-78.

Fonseca, Maria José. 2004. *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem - perspectiva do docente*. Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Supervisão orientada pela Professora Doutora Nilza Costa.

Fortin, Marie-Fabienne. 1999. *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, Marie-Fabienne. 2009. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Frade, Josefina. 1999. *Relação da Ajuda em Enfermagem – Perspetivas sobre a Prática e a Formação*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pelo Professor Doutor João Marques Teixeira.

Franco, João. 2000. Orientação dos Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de atuação. *Revista Investigação em Enfermagem*. Fevereiro, n.º 1, pp. 32-50.

Freire, Paulo. 2007. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 35ª ed. São Paulo: Paz e Terra.

Frias, Cidália; Barroca, Gilberta. 2002. Orientação em parceria: do contexto à prática. *Servir*. Maio-Junho, n.º 3, Vol. 50, pp. 136-140.

Galvão, Ana Maria. 1995. *Problemática da Avaliação dos Alunos em Ensino Clínico: Análise dos fatores Intervenientes na Satisfação dos Alunos, face à Avaliação do Ensino Clínico*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Filipe Pinto.

Garrido, António; Simões, João. 2007. Supervisão de alunos em ensino clínico, uma reflexão. *Nursing*. Ano 17, Fevereiro, N.º 218, pp. 7-11.

Garrido, António; Simões, João; Pires, Regina. 2008. *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Goleman, Daniel. 2001. *Inteligência emocional*. 10ª edição. Lisboa: Temas e Debates.

Gómez, Angel Pérez. 1992. O pensamento prático do professor – A formação do professor como profissional reflexivo. [autor do livro] António Nóvoa (org.), et al. *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

Gonçalves, Carla; Campos, Mara. 2005. A aprendizagem invisível do cuidar. *Pensar Enfermagem*. N.º 2, 2º Semestre de 2005, Vol. 9, pp. 65-67.

Gonda, Judith; Wotton, Karen; Edgecombe, Kay; Mason, Peter. 1999. Dedicated education units: 2 An Evaluation. *Contemporary Nurse*. Issue 4, December, Vol. 8, pp. 172-176.

Good, Alice; Sambhathan, Arunasalam; Adda, Mo; Johnstone, James. 2011. “Where’s the analysis”: University student’s understanding of critical thinking. University of Portsmouth. [Online] 5-8 de Junho de 2011. [Citação: 24 de Maio de 2012.] In: 9th International Conference 'Challenges in Higher Education and Research in the 21st Century, 5-8 June 2011, Sozopol, Bulgaria. <http://eprints.port.ac.uk/id/eprint/6124>.

Granger, Bradi B.; Prvu-Bettger, Janet; Aucoin, Julia; Fuchs, Mary Ann; Mitchell, Pamela; Holditch-Davis, Diane; Roth, Deborah; Califf, Robert; Gilliss,

Catherine. 2012. An Academic-Health Service Partnership in Nursing: Lessons from the Field. *Journal of Nursing Scholarship*. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01432.x. pp. 1-9.

Grealish, Laurie; Bail, Kasia; Ranse, Kristen. 2010. ‘Investing in the future’: residential aged care staff experiences of working with nursing students in a ‘community of practice’. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19, pp. 2291-2299.

Greenwood, Jennifer. 1993. Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schön. *Journal of Advanced Nursing*. Agosto, 1993, Vol. 18, 8. p.1183-1187.

Hand, Helen. 2005. Promoting effective teaching and learning in the clinical setting. *Nursing Standard*. N.º 39, Vol. 20, pp. 55-63.

Hand, Helen. 2006. Assessment of learning in clinical practice. *Nursing Standard*. October, N.º 4, Vol. 21, pp. 48-56.

Haugan, Grethe; Sorensen, Ann-Hallfrid; Hanssen, Ingrid. 2011. The importance of dialogue in student nurses' clinical education. [Online] 16 de Abril de 2011. [Citação: 6 de Março de 2012.] <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.03.011>.

Henderson, Amanda; Twentyman, Michelle; Heel, Alison; Lloyd, Belinda. 2006. Students' perception of the psycho-social clinical environment: an evaluation of placement models. *Nurse Education Today*. N.º 7, Out., Vol. 26, pp. 564-571.

(HP) Hospital da Prelada. 1998. *10 Anos ao Serviço da Comunidade*. Porto: Hospital da Prelada.

Hunt, Roberta. 2006. Developing emotional competence through service learning. *Annual Review of Nursing Education*. N.º 4. p. 251-273.

(HWA) Health Workforce Australia. 2010. *Supervision Support Program. Discussion Paper*. Adelaide: Health Workforce Australia.

(HWA) Health Workforce Australia. 2011. *National Clinical Supervision. Support Framework*. Adelaide: Health Workforce Australia.

(ICN) International Council of Nurses. 2010. About ICN - Definition of Nursing. *International Council of Nurses*. [Online] 12 de Abril de 2010. [Citação: 11 de Setembro de 2012.] <http://www.icn.ch/es/about-icn-definition-of-nursing>.

Jarvis, Peter. 2010. *Adult education and lifelong learning: theory and practice*. 4ª ed. London: Routledge.

Josso, Marie-Christine. 2002. *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.

Kinsella, Elisabeth Anne. 2007. Technical rationality in Schön's reflective practice. *Nursing Philosophy*. II. p. 3-14.

Kinsella, Elisabeth Anne. 2009. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*. N.º 8. p. 102-113.

Kinsella, Elisabeth Anne. 2010. The art of reflective practice in health and social care: reflections on legacy of Donald Schön. *Reflective Practice*. September, Vol 11, 4. p. 565-575.

Knowles, Malcolm. 2011. *The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development*. 7th ed. Amsterdam: Elsevier.

Kolb, David. 1984. *Experiential Learning - experience as source of learning and development*. New Jersey : Prentice-Hall.

Kolb, David; Boyatzis, Richard E.; Mainemelis, Charalampos. 1999. *Experiential learning theory: previous research and new directions*. <http://www.d.umn.edu/~kgilbert/educ5165-731/Readings/experiential-learning-theory.pdf>. [Online] 31 de Agosto de 1999. [Citação: 20 de Outubro de 2011.]

Lalanda, Maria da Conceição; Abrantes, Maria Manuela. 1996. O conceito de reflexão em J. Dewey. [autor do livro] Isabel Alarcão (org.), et al. *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora.

Le Boterf, Guy. 2000. *Compétence et navigation professionnelle*. 3ª ed. Paris: Les Éditions d'Organisation.

Le Boterf, Guy. 2003. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. [trad.] Patrícia Reuillard. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Le Boterf, Guy. 2005. *Construir as competências individuais e coletivas: respostas a 80 questões*. [trad.] Maria Dolores Garrido. Porto: Edições Asa.

Leal, Maria Teresa. 1995. – *Avaliação dos Alunos em Estágio: da Conceção à Prática*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa em Lisboa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Filipe Pinto.

Longarito, Clementina. 1999. *O Ensino Clínico Dificuldades Recursos e Profissionalidade: Subsídios para uma abordagem interativa*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Maria Adelina Bandeira Correia Santos.

Longarito, Clementina. 2002. O Ensino Clínico: A Importância da Orientação e a Construção do Saber Profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*. Fevereiro, n.º 5, pp. 26-33.

Lougheed, Mary; Ford, Arlene G. 2005. *The Collaborative Learning Units Model of Practice Education for Nursing: a Summary*. Canada: Collaboration for Academic Education Nursing (CAEN).

Macedo, Ana Paula. 2009. *A Supervisão de Estágios em Enfermagem na Articulação Interorganizacional Escola de Enfermagem e Hospital*. Braga: Instituto de Educação da Universidade do Minho. Dissertação de Doutoramento em Educação (Organização e Administração Escolar) orientada pelo Professor Doutor Licínio Lima.

Macedo, Ana Paula. 2010. *O Ensino em alternância Escola de Enfermagem Hospital: tensões e possibilidades reveladas por um grupo de alunos estagiários* (Atas do Congresso Ibérico). Braga: Universidade do Minho, pp. 241-250.

Magalhães, Maria da Assunção. 2006. *Formação Prática do Aluno de Enfermagem: Questões Éticas*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica orientada pela Professora Doutora Margarida Vieira.

Maginnis, Cathy; Croxon, Lyn. 2007. Clinical teaching model for nursing practice. *Australian Journal of Rural Health*. Vol. 15, pp. 218-219.

Maguire, Denise J.; Zambroski, Cheryl H.; Cadena, Sandra V. 2012. Using a Clinical Collaborative Model for Nursing Education. Application for Clinical Teaching. *Nurse Educator*. N.º 2, March/April, Vol. 37, pp. 80-85.

Malglaive, Gérard. 1994. Compétences et ingénierie de formation. [autor do livro] Francis Minet; Michel Parlier; Serge Witte. *La compétence, mythe, construction ou réalité?* Paris: Éditions l'Harmattan.

Malglaive, Gérard. 1997. Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática. [autor do livro] Rui Canário (org.), et al. *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

Martins, Cláudia. 2009. *Competências desejáveis dos Supervisores de Ensino Clínico: Representações dos Alunos de Enfermagem*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação (Pedagogia do Ensino Superior) orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Esteves.

Martins, Cristina; Rosário, Helena; Araújo, Odete; Augusto, Cláudia; Machado, Maria Manuela; Braga, Maria de Fátima. 2009. O ensino de enfermagem: perspectivas e vivências de professores e estudantes. [autor do livro] Flávia Vieira (org.). *Transformar a pedagogia na universidade - narrativas da prática*. Santo Tirso : De Facto Editores, 2009.

Maufette-Leenders. 2001. *Learning with cases*. Ontario : Ivey Publishing, 2001.

McBrien, Barry. 2006. Clinical teaching and support for learners in the practice environment. *British Journal of Nursing*. N.º 12, Vol. 15, pp. 673-677

Mendes, Ana; Simões, Isabel; Costa, Rita. 2001. Orientação de estudantes: uma oportunidade de formação. *Pensar Enfermagem*. N.º 2, 2º Semestre, Vol. 5, pp. 1-7.

Mendonça, Susana. 2009. *Competências Profissionais dos Enfermeiros. A Excelência do Cuidar*. Editorial Novembro.

Merriam, Sharan B. 2004. The role of cognitive development in Mezirow's transformation learning theory. *Adult Education Quarterly*. November, Vol. 55, 1. P.60-68.

Mestrinho, M. Guadalupe. 2002. *Parcerias na Formação Inicial de Enfermeiros: um Estudo de Caso*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian. Dissertação para Concurso a Professor Coordenador.

Mezirow, Jack. 1996. Toward a learning theory of adult literacy. *Adult Basic Education*. Fall, Vol. 6, 3. p. 115-127.

Mezirow, Jack. 1997. Transformative learning: theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*. Summer, N.º 74. p. 5-12.

Mezirow, Jack. 1998. On critical reflection. *Adult Education Quarterly*. Spring, Vol. 48, 3. p.185-200.

Miller, T.W. 2005. The Dedicated Education Unit: a practice and education partnership. *Nursing Leadership Forum*. N.º 4, Vol. 9, pp.169-173.

Minet, Francis. 1994. Les compétences au coeur de la gestion des ressources humaines. [autor do livro] Minet, Francis; Parlier, Michel; Witte, Serge. *La compétence, mythe, construction ou réalité?* Paris: Éditions l'Harmattan.

Moscato, Susan; Miller, Judith; Logsdon, Karen; Weinberg, Stephen; Chorprenning, Lori. 2007. Dedicated Education Unit: an innovative clinical partner education model. *Nursing Outlook*. N.º 1, Jan.- February, Vol. 55, pp. 31-37.

Morna, Clementina. 1995. *Interação Professor-Aluno nas Práticas Clínicas de Enfermagem: Análise Fenomenológica da percepção dos Alunos*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Maria Encarnação Serralheiro.

Moura, M. Augusta. 1999. *Educação em Enfermagem – Colaboração dos Auxiliares de Ensino no Ensino Clínico*. Braga: Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian. Dissertação para Concurso a Professor Coordenador.

Mullenbach, Kereen F.; Burggraf, Virgínia. 2011. Dedicated Learning Unit in Long-Term Care: A Clinical Immersion for Students Nurses. *Geriatric Nursing*. N.º 1, Vol. 33, pp. 63-67.

Mulligan, John. 2011. Categorización de los procesos internos en el aprendizaje experiencial. [autor do livro] David Boud; Ruth Cohen; David Walker. *El Aprendizaje a partir de la experiencia. Interpretar lo vital y cotidiano como fuente de conocimiento*. Madrid: Narcea.

Mulready-Shick, JoAnn; Kafel, Kathleen W.; Banister, Gaurdia; Mylott, Laura. 2009. Enhancing Quality and Safety Competency Development at the Unit Level: An Initial Evaluation of Student Learning and Clinical Teaching on Dedicated Education Units. *Journal of Nursing Education*. N.º 12, December, Vol. 48, pp.716-719.

Murray, Teri; James, Dorothy. 2011. Evaluation of an academic partnership using a strategic alliance Framework. *Nursing Outlook*. 1-6, doi: 10.1016/j.outlook.2011.10.004, pp. 1-6.

Murray, Teri; MacIntyre, Richard C.; Teel, Cynthia. 2011. An Analysis of Partnership Performance: The St. Johns Mercy Medical Center- Saint Louis University School of Nursing Dedicated Education Unit Project. *Journal of Professional Nursing*. N.º 6, November/December, Vol. 27, pp. e58-e63.

Nascimento, Carla. 2007. Docentes de Enfermagem: Necessidades de Formação em Supervisão Clínica. [autor do livro] Ângela Rodrigues; Carla Nascimento; Lina Antunes; Maria Guadalupe Mestrinho; Miguel Serra, Rita Madeira. *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados (Ciclo de Colóquios)*. Loures: Lusociência.

Niederhausen, Victoria; MacIntyre, Richard C.; Garner, Catherine; Teel, Cynthia; Murray, Teri. 2010. Transformational Partnerships in Nursing Education. *Future of Nursing*. N.º 6, November/December, Vol. 31, pp. 353-355.

Neto, Júlia. 2006. *Competências Expressas pelos Alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem no Ensino Clínico de Enfermagem Pediátrica*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pelo Professor Doutor António Luís Carvalho.

Neves, Lúcia. 1995. *Teoria e Prática na Formação Inicial em Enfermagem: Que Articulação? (Um Estudo Incidente na Prática Clínica)*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Dissertação apresentada no âmbito do 4º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

Neves, Lúcia. 2002. *A Humanização do Ensino na Prática Clínica: Perceção dos Estudantes de Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Dissertação para Concurso a Professor Coordenador.

(NMC) Nursing and Midwifery Council. 2008. *Standards to support learning and assessment in practice. NMC standards for mentors, practice teachers and teachers*. London: Nursing and Midwifery Council.

(NMC) – Nursing and Midwifery Council. 2009. *Additional information to support implementation of NMC Standards to support learning and assessment in practice*. London: Nursing and Midwifery Council.

(NMC) Nursing and Midwifery Council. 2010. *NMC Circular. Sign off mentor criteria*. London: Nursing and Midwifery Council.

(NMC) Nursing and Midwifery Council. 2011a. *NMC Circular. Practice Teachers supporting more than one student (health visitor) in practice*. London: Nursing and Midwifery Council.

(NMC) Nursing and Midwifery Council. 2011b. *NMC Circular. FAQs for Standards to support learning and assessment in practice*. London: Nursing and Midwifery Council.

Nosich, Gerald M. 2011. *Aprender a pensar criticamente: um manual para estudantes de todas as áreas curriculares*. [trad.] Marta Azevedo. Porto: Universidade Católica.

Nóvoa, António. 1992. *Fomação de professores e profissão docente*. [autor do livro] António Nóvoa (org.), et al. *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

Nóvoa, António. 2002. *Prefácio*. [autor do livro] Marie-Christine Josso. *Experiências de vida e formação*. Lisboa : Educa.

(OE) Ordem dos Enfermeiros. 2001. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem).

(OE) Ordem dos Enfermeiros. 2003. *Competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem).

(OE) Ordem dos Enfermeiros. 2007. *Enfermagem Portuguesa Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Atual Quadro Regulamentar.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

(OE) Ordem dos Enfermeiros. 2008. *Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

(OE) Ordem dos Enfermeiros. 2010a. *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

(OE) Ordem dos Enfermeiros. 2010b. *Candidatura a Supervisor Clínico de EPT e a Especialização em Enfermagem. Conselho de Enfermagem – Parecer N.º 24 / 2010.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

(OE) Ordem dos Enfermeiros. 2010c. *Formação de Supervisores em Prática Tutelada de Enfermagem. Conselho de Enfermagem – Parecer N.º 256 / 2010.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, Célia. 1998. *O Stress e o Coping nos Estágios. A Experiência dos Alunos e a Relação com o Cliente.* Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Pinto.

Oliveira, Irene. 1995. *Articulação Teoria/Prática na Formação em Enfermagem: Análise de uma situação específica de formação.* Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Dissertação apresentada no âmbito do 4º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

Oliveira, Luís. 2000. *Avaliação no Ensino Clínico de Enfermagem: Fatores de Satisfação/Insatisfação dos Alunos.* Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Pinto.

Pacheco, José Augusto; Morgado, José Carlos; Silva, Ana Maria. 1999. II Parte - Acto Didáctico. [autor do livro] José Pacheco (org.), et al. *Componentes do processo de desenvolvimento currículo.* Braga: Livraria Minho.

Paiva, Kely; Melo, Marlene. 2008. Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. *Revista de Administração Contemporânea*. Abril/Junho, Vol. 12, 2, p. 1-31.

Paiva, Luís. 2008. *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: o Stress dos Tutores e a influência do apoio percebido pelos estudantes*. Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Supervisão orientada pela Professora Doutora Anabela Pereira e coorientada pela Professora Aida Mendes.

Pappas, S. 2007. Improving patient safety and nurse engagement with a Dedicated Education Unit. *Nurse Leader*. N.º 3, Jun., Vol. 5, pp. 40-43.

Parente, Cristina. 2004. Para uma análise da gestão de competências profissionais. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Nº 14. p. 299-343.

Parlamento Europeu e Conselho Europeu. 2005. *Diretiva 2005/36/CE de 7 de setembro: reconhecimento das qualificações profissionais*. Jornal Oficial da União Europeia – 05-09-30, pp. 255/41.

Parson, Margot; Smith, David. 1985. Debriefing in experience-based. [autor do livro] David Boud; Rosemary Keogh; David Walker. *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page.

Pearson, David J.; Lucas, Beverly J. 2011. Engagement and opportunity in clinical learning: findings from a case study in primary care. *Medicqal Teacher*. Vol. 33, pp. e670-e677.

Pereira, Marta. 2007. *Aprender Orientando: Aprendizagens dos Enfermeiros Orientadores em Ensino Clínico*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação orientada pela Professora Doutora Ana Luísa Pires.

Perrenoud, Philippe. 2002a. *A escola e a aprendizagem da democracia*. [trad.] Luís Cabral. Porto: Edições Asa.

Perrenoud, Philippe. 2002b. *A prática reflexiva no ofício de professor. Profissionalização e razão pedagógica*. [trad.] Cláudia Scilling. Porto Alegre: Artmed.

Perrenoud, Philippe. 2003. Dez princípios para tornar o sistema educativo mais eficaz. [autor do livro] Joaquim Azevedo (org.), et al. *Avaliação dos resultados escolares: medidas para tornar o sistema mais eficaz*. Porto: Edições Asa.

Pires, Ana Luísa. 2005. *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem de competências*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Pires, Regina; Morais, Ernesto; Santos, Margarida; Kock, Maria Cândida; Sardo, Maria Dolores; Machado, Paulo. 2004. Supervisão clínica de alunos de enfermagem. *Sinais Vitais*. N.º 54, Maio, pp. 15-17.

Portugal, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. 2006. *Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março: Aprovação d o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. D. R.: I Série-A, nº 60 24-03-2006.

Portugal, Ministério da Educação. 1999. *Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro: Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. D. R.: I Série – B, nº 219 – 18-09-1999.

Portugal, Ministério da Saúde. 1988. *Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro: Integração do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico*. D. R.: I Série, nº 295 – 23-12-1988.

Portugal, Ministério da Saúde. 1996. *Decreto-Lei n.º 205/96 de 4 de setembro: Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. D. R.: I Série-A, n.º 205 – 04-09-1996.

Portugal, Ministério da Saúde. 2004. *Decreto-Lei n.º 206/04 de 19 de agosto: Estabelecimento do regime jurídico dos hospitais com ensino pré-graduado e de investigação científica*. D. R.: I Série-A, n.º195 – 19-08-2004.

Portugal, Ministério da Saúde. 2009. *Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de setembro: Regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde*. D. R.: I Série, n.º 184 – 22-09-2009.

(QAA) Quality Assurance Agency for Higher Education. 2007. *Code of practice assurance academic quality and standards in higher education. Section 9: Worked-based and placement learning*. Gloucester: Quality Assurance Agency for Higher Education.

Raines, Deborah A. 2009. Competence of Accelerated Second Degree Students after Studying in a Collaborative Model of Nursing Practice Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. N.º 23, Vol. 6, 1, pp.1-12.

Ramos, Eliana; Bento, Sandra. 2007. Proposta de definição do conceito de competências. [autor do livro] Mário Ceitil (org.), et al. *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.

Ramos, Maria de Fátima. 1995. *Vivências expressas pelos Alunos no Curso Superior de Enfermagem no Primeiro Contacto com o Utente*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Ramos, Marise. 2006. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* 3ª Edição. S. Paulo: Cortez.

Ranse, K; Grealish L. 2007. Nursing students' perceptions of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *Journal of Advanced Nursing*. N.º 2, Vol. 58, pp. 171-179.

Rey, Bernard; Carette, Vincent; DeFrance, Anne; Kahn, Sabine. 2005. *As competências na escola: aprendizagem e avaliação*. V. N. Gaia: Edições Gailivro.

Rogers, Carl. 2009. *Tornar-se pessoa*. [trad.] Entre Letras. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Rua, Marília. 2009. *De Aluno a Enfermeiro: Desenvolvimento de Competências em Ensino Clínico*. Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde orientada pela Professora Doutora Isabel Alarcão e coorientada pelo Professor Doutor Wilson Abreu.

Sá-Chaves, Idália. 2005. Nota de Apresentação. [autor do livro] Sá-Chaves, Idália (org.), et al. *Os "portfolios" reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões sobre o seu uso na humanização dos processos formativos*. Porto: Porto Editora.

Saarikoski, Mikko; Isoaho, Hannu; Leino-Kilpi, Helena; Warne, Tony. 2005. Validation of the Clinical Learning Environment and Supervision Scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. N.º 9, Vol. 2, 1. 1-16.

Salgueiro, Nídia. 1999. As Enfermarias-Escola: Laboratórios de Enfermagem e Serviços Piloto. *Referência*. N.º 2, Março, pp. 81-86.

Santos, Elvira. 2009a. *A Aprendizagem pela reflexão em Ensino Clínico: Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Dissertação de Doutoramento em Didática orientada pelo Professor Doutor Wilson Abreu e coorientada pela Professora Doutora Nilza Costa.

Santos, Márcia. 2009b. *Desenvolvimento de Competências com a Educação pelos Pares. Estudo de Caso.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Irma da Silva Brito.

Sarnadas, Luís. 2000. *Fatores Desencadeantes de Ansiedade e Stress durante o Ensino Clínico.* Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Pinto.

Schön, Donald A. 1983. *The reflective practitioner. How professionals think in action.* New York : Basic Books.

Schön, Donald. 1989. Symposium on Schön's concept of reflective practice: critiques, commentaries, illustrations. QUOTATIONS. *Journal of curriculum and supervision.* Pall, 1989, Vol. 5, 1. p.6-9.

Schön, Donald A. 1992. Formar professores como profissionais reflexivos. [autor do livro] António Nóvoa (org.), et al. *Os professores e a sua formação.* Lisboa: Publicações D. Quixote.

Schön, Donald A. 2000. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem.* Porto Alegre: Artes Médicas.

(SCMP) Santa Casa da Misericórdia do Porto. 2008. *20 Anos - Hospital da Prelada Dr. Domingos Braga Da Cruz.* Porto: SCMP.

(SCMP) Santa Casa da Misericórdia do Porto e (CRP) Centro Regional do Porto da (UCP) Universidade Católica Portuguesa. 2008. *Protocolo de Cooperação entre a Santa Casa da Misericórdia do Porto e a Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional do Porto.* Maio. Porto: SCMP e CRP/UCP (documento não publicado).

Serra, Miguel. 2005. Práticas clínicas na formação inicial em enfermagem. Lógicas em confronto. *Revista Portuguesa de Enfermagem.* Julho/Agosto/Setembro, n.º 3, pp. 11-14.

Serra, Miguel. 2007. *Supervisão Pedagógica de Estudantes de Enfermagem Realizada por Enfermeiros dos Contextos da Prática.* [autor do livro] Ângela Rodrigues; Carla Nascimento; Lina Antunes; Maria Guadalupe Mestrinho; Miguel Serra, Rita Madeira. *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados (Ciclo de Colóquios).* Loures: Lusociência.

Silva, Daniel; Silva, Ernestina. 2004. O ensino clínico na formação em enfermagem. *Revista Millennium*. N.º 30, 2004, pp. 113-118.

Silva, Maria Júlia Paes da. 2010. *Entrevista à Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de S. Paulo*. Lisboa, 20 de Setembro de 2010.

Silva, Rosa; Pires, Regina; Vilela, Carlos. 2011. Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura. *Referência*. N.º 3, Março de 2011, Vol. III Série, pp. 113-122.

Silveira, R. 2009. Orientador em ensino clínico. Testemunho com sentimento. *Nursing*. N.º 252, Dezembro de 2009, pp. 31-35.

Silvestre, Maria Rosa; Teodoro, António. 2008. Encontros e Desencontros em Ensino Clínico em Enfermagem: Uma Abordagem Qualitativa centrada na Orientação Clínica dos Enfermeiros num Contexto de Parcerias. *Revista Enfermagem UFPE*. Recife. N.º 2, Vol. 2, pp. 187-191.

Simões, João. 2004. *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a Perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Supervisão orientada pela Professora Doutora Isabel Alarcão e coorientada pela Professora Doutora Nilza Costa.

Simões, João; Belo, Ana Paula; Fonseca, Maria José; Alarcão, Isabel; Costa, Nilza. 2006. Supervisão em Ensino Clínico: Três Olhares Cruzados. *Revista Investigação em Enfermagem*. Agosto, n.º 14, pp. 3-15.

Simões, João; Alarcão, Isabel; Costa, Nilza. 2008. Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Referência*. II.ª Série, Junho, n.º 6, pp. 91-108.

Simões, Mário. 2005. *Humanização de Cuidados de Saúde e Educação Reflexiva em Ensino Clínico com Recurso ao Debate em Grupo*. Braga: Faculdade de Filosofia de Braga da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Filosofia orientada pelo Professor Doutor Walter Osswald.

Simões, Mário. 2006. Desafios atuais em ensino clínico. *Sinais Vitais*. N.º 64, pp. 11-20.

Soares, Sérgio. 2009. Formação de Supervisores para a Supervisão em Ensino Clínico. *Revista Sinais Vitais*. N.º 85, Julho, pp. 49-58.

Sockalingam, Nachamma; Rotgans, Jerome; Schmidt, Henk G. 2011. Student and tutor perceptions on attributes of effective problems in problem-based learning. *High Educ.* Agosto, 2011, Vol. 62. p.1-16.

Souers, Charlotte; Kauffman, Lisa; McManus, Charlotte; Parker, Vicky. 2007. Collaborative learning: A focused partnership. *Nurse Education in Practice.* N. ° 7, pp. 392-398.

Stroobants, Marcelle. 2006. Competência. *Laboreal.* Vol. 2, 2. P. 78-79.

Teel, Cynthia S.; MacIntyre, Richard C.; Murray, Teri A.; Rock, Kim. 2011. Common Themes in Clinical Education Partnerships. *Journal of Nursing Education.* N.º 7, Vol. 50, pp. 365-372.

Teixeira, Maria Albertina. 1998. *Desenvolvimento do Pensamento Reflexivo dos Alunos do Curso Superior de Enfermagem: Primeiro Estágio na Comunidade.* Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Pinto.

Teixeira, Maria da Luz. 2000. *Fatores Facilitadores e Dificultadores da Aprendizagem na Prática Clínica de Enfermagem.* Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Pinto.

(UCP) Universidade Católica Portuguesa – Porto/ Instituto de Ciências da Saúde (ICS). 2011. *Enfermagem: Competência e responsabilidade no cuidado humano. Guia de integração à licenciatura em enfermagem.* Porto: UCP/ICS.

Vala, Jorge. 1986. A Análise de Conteúdo. [autor do livro] Madureira Pinto. *Metodologia das Ciências Sociais.* 6ª Ed. Porto: Edições Afrontamento.

Valadas, Amélia. 1995. *Ansiedade nos Alunos: a Experiência dos Estágios.* Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Ione Pinto.

Van Velze, Maria Luísa. 1991. *A Relação Teoria-Prática na Formação em Enfermagem.* Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Dissertação apresentada no âmbito do 3º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

Vieira, Flávia; Silva, José Luís; Melo, Maria do Céu; Moreira, Maria Alfredo; Oliveira, Lia Raquel; Gomes, Carlos; Albuquerque, Pedro Barbas de;

Sousa, Manuel. 2004. *Transformar a pedagogia na universidade. Experiências da investigação do ensino e da aprendizagem.* Braga: Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho.

Vieira, Margarida. 2007. *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência.* Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal Lda.

Vieira, Margarida; Oliveira, Irene; Almeida, Armando. 2009. *Projeto para um Hospital de Ensino Referência em Enfermagem.* Porto: Instituto de Ciências da Saúde (documento não publicado).

Walker, S.; Dwyer, T.; Moxham, L.; Broadbent, M.; Sander, T. 2012. Facilitator versus preceptor: Which offers the best support to undergraduate nursing students? *Nurse Education Today*, doi:10.1016/j.nedt.2011.12.005.

(WHO) World Health Organization. 2001a. *Nurses and Midwives for Health. WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education. Section 1-8: Guidelines for implementation of the strategy.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

(WHO) World Health Organization. 2001b. *Nurses and Midwives for Health. WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education. Section 9: Prospective Analysis Methodology Questionnaire.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

(WHO) World Health Organization. 2003. *Nurses and Midwives: A Force for Health. WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wittorski, Richard. 2004. Da fabricação das competências. [autor do livro] Antônio Tomasi (org.), et al. *Da qualificação à competência: pensando o século XXI.* Campinas, SP : Papirus.

Wotton, Karen; Gonda, Judith. 2004. Clinician and student evaluation of a collaborative clinical teaching model. *Nurse Education in Practice.* Vol. 4, pp. 120-127.

Yin, Robert. 2002. *Case study research: design and methods.* Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

Yin, Robert. 2010. *Estudo de caso: planejamento e metodos.* Quarta Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Zeichner, Kenneth M. 1993. *A Formação reflexiva de professores: ideias e práticas.* Lisboa: Educa.

Zubaidah, Siti. 2005. Problem-based learning: a literature review. *Singapore Nursing Journal.* oct-dec, 2005, Vol. 32, 4. p.50-55.

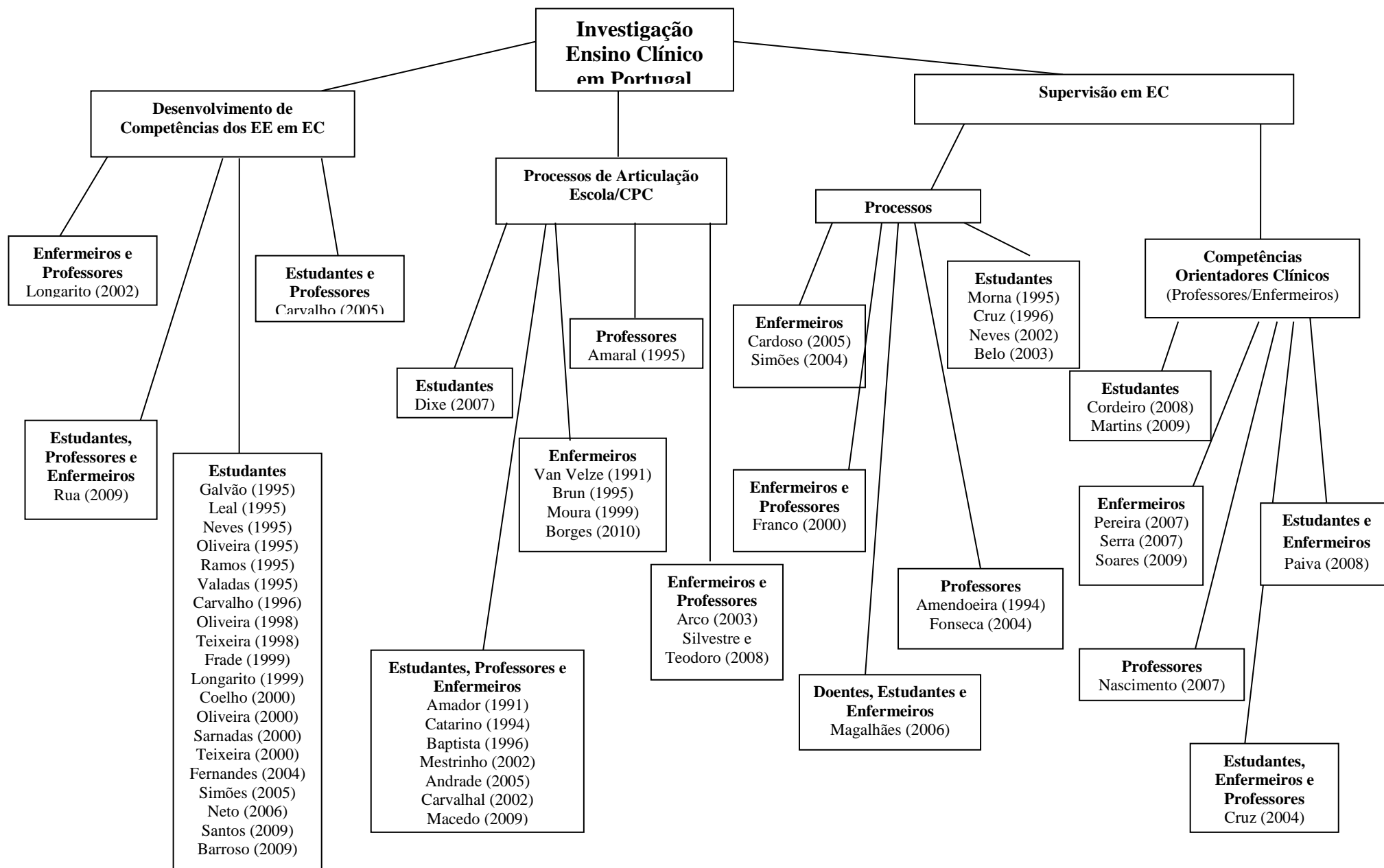
ANEXOS

ANEXO I

Diagrama e Quadros da Revisão Sistemática da Literatura

Anexo I – Itens

- 1. Diagrama dos trabalhos de investigação sobre EC**
- 2. Quadro Resumo Características Estudos Processos Articulação (1)**
- 3. Quadro Resumo Características Estudos Processos Articulação (2)**
- 4. Quadro Resumo Características Estudos Competências dos EE (1)**
- 5. Quadro Resumo Características Estudos Competências dos EE (2)**
- 6. Quadro Resumo Características Processos de Supervisão e Competências dos Orientadores (1)**
- 7. Quadro Resumo Características Processos de Supervisão e Competências dos Orientadores (2)**



2. Quadro Resumo das Características dos Estudos sobre Ensino Clínico – Processos de Articulação Escola/Instituição de Saúde (1)

Fonte	Tipo de estudo	Foco do Estudo	Objetivos	Sujeitos	Variáveis	Resultados
Amador (1991)	Qualitativo Estudo Etnográfico	Colaboração Escolas-Serviços na orientação dos EE em EC	Compreender o processo de colaboração Escolas-Serviços, segundo a visão dos sujeitos neles envolvidos	EE Enfermeiros, Professores em 6 conjuntos Escola-Serviço	Estatuto: docente, enfermeiro; características do enfermeiro; preparação para orientação; relação Escola-Serviço	Importância do papel do enfermeiro na formação dos EE; falta de preparação dos enfermeiros para a orientação; necessidade de planeamento conjunto do EC, de maior preparação e envolvimento dos enfermeiros em todas as etapas do EC e de reforço da colaboração interinstitucional
Van Velze (1991)	Quantitativo Descritivo	Relação Teoria-Prática na formação inicial	Identificar os fatores relacionados com o desfasamento entre aspetos teóricos e práticos	Enfermeiros (10 serviços)	Professor; colaboração Enfermeiros; comunicação Professor/Equipa	A relação entre os aspetos teóricos de práticos não se tem feito de forma adequada
Catarino (1994)	Quantitativo - transversal, descritivo e analítico	Protocolo de colaboração institucional	Avaliar a opinião dos docentes e enfermeiros dos serviços sobre o conteúdo e a forma de orientação estabelecida	Enfermeiros (37) Professores (4)	Instrumento de colaboração; número de alunos, idade, comunicação entre docentes e enfermeiros; outras	Divergência de conhecimentos e objetivos e nas contrapartidas face ao protocolo; sugere-se reflexão sobre o mesmo e mais ações conjuntas.
Amaral (1995)	Qualitativo Exploratório Descritivo	Articulação Teoria-Prática realizada pelos Docentes	Conhecer a importância atribuída, as dificuldades e as estratégias dos docentes na articulação da Teoria-Prática	Professores (6)	Formação; tempo de exercício e tipo de experiência na docência e na prestação de cuidados	Maior aproximação entre Escola e locais de EC; comunicação adequada, reflexão e ações de formação conjuntas (Docentes e Enfermeiros)
Brun (1995)	Quantitativo Exploratório	O formador e o processo de colaboração Escola / Serviço	Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a sua função de orientadores dos EE em EC	Enfermeiros (50)	Pessoa; contexto; comunicação Escola/Serviço	Reconhecem a função de formadores; necessidade de elaboração de protocolo interinstitucional
Baptista (1996)	Qualitativo Estudo de Caso	Práticas de planeamento de estágio e parcerias na formação	Identificar atores e meios envolvidos no planeamento; identificar fatores influenciadores da articulação teoria/prática; identificar momentos privilegiados para o desenvolvimento de parcerias	EE (3 turmas) Enfermeiros (44) Professores (16)	Articulação teoria/prática; competências do professor e do enfermeiro; caracterização do local de EC	O envolvimento dos enfermeiros e dos EE no planeamento do estágio foi muito reduzido; falta de partilha de informações entre Escola/Serviço; rotinização e acomodação dos cuidados
Moura (1999)	Qualitativo Estudo exploratório descritivo (entrevistas)	Colaboração Serviços de Saúde – Escolas de Enfermagem em EC	Identificar as dificuldades e os aspetos positivos dos enfermeiros orientadores na colaboração no EC; analisar o processo de colaboração	Enfermeiros (11)	Dificuldades, sentimentos e comportamentos dos orientadores	“Auxiliares de Ensino” identificaram dificuldades no processo de colaboração no EC; a Escola não correspondeu às expectativas e necessidades dos “Auxiliares de Ensino” na preparação para a supervisão dos EE em EC
Carvalho (2002)	Quantitativo e analítico	Papel do professor e do enfermeiro como orientadores clínicos no contexto de parceria	Identificar as dimensões valorizadas no professor e no enfermeiro em EC; analisar a valorização do papel do professor; analisar os pontos de divergência e de convergência na valorização do papel de ambos os orientadores, pelos EE, professores e enfermeiros	Professores (18); Enfermeiros (145); EE (124)	Valorizações atribuídas às dimensões: professor, enfermeiro, pessoa; Contextos organizacionais	Valorização da dimensão professor, sendo que os enfermeiros estão mais integrados numa lógica produtiva de cuidados; complementaridade entre os 2 orientadores; valorização da relação pedagógica; necessidade de consensos interinstitucionais

3. Quadro Resumo das Características dos Estudos sobre Ensino Clínico – Processos de Articulação Escola/Instituição de Saúde (2)

Fonte	Tipo de estudo	Foco do Estudo	Objetivos	Sujeitos	Variáveis	Resultados
Arco (2003)	Qualitativo Estudo de Caso	Modelos de orientação em EC	Conhecer percepções acerca do processo de cooperação organizacional; estratégias de orientação em EC	Professores e Enfermeiros (total – 8)	Cooperação no contexto do EC; potencialidades e constrangimentos de um modelo de formação	Perspetiva dicotômica da ação entre professores e enfermeiros no EC; efetiva cooperação, embora com alguns afastamentos do modelo desejado; sugere-se maior envolvimento no planeamento conjunto do EC, mais formação dos enfermeiros, diminuição do número de EE por serviço, alargamento da cooperação interorganizacional à investigação
Mestrinho (2002)	Qualitativo Estudo de Caso	O processo formativo através de parcerias institucionais	Compreender como os professores, enfermeiros e EE apreciam o trabalho em parceria, caracterizar os contributos do mesmo na formação; identificar a influência da parceria nas atitudes dos intervenientes	Professores (5); Enfermeiros (5); EE (2)	Trabalho em parceria; contributos para a formação; atitudes dos intervenientes no processo formativo	Necessidade de desenvolvimento de competências entre os atores sociais envolvidos no processo formativo: professores, enfermeiros e EE
Andrade (2005)	Quantitativo e Qualitativo	Formação em parceria Escola/Hospital	Identificar representações de EE, Professores e Enfermeiros acerca da Escola	EE Enfermeiros Professores	Objetivos da formação, currículo, processo de trabalho, formador, clima de ensino/aprendizagem	Vários fatores dificultadores da parceria; pretende-se maior envolvimento de Professores; Enfermeiros e EE em todo o processo formativo
Dixe (2007)	Estudo descritivo simples; Qualitativo e Quantitativo	Orientação em parceria	Conhecer a opinião dos EE sobre os aspetos positivos e negativos da orientação em parceria; identificar áreas de intervenção para a melhoria	EE (100)	Acompanhamento; relação; adaptação/integração; motivação; desempenho dos orientadores	Positivo: orientação personalizada, melhor conhecimento da realidade prática; Negativo: planeamento deficiente da orientação, diferenças entre a teoria e a prática
Silvestre e Teodoro (2008)	Qualitativo Estudo de caso	Mudanças decorrentes das parcerias no EC	Analisar mudanças decorrentes a nível do EC decorrentes da implementação das parcerias	Enfermeiros (6) Professores (3)	Relação teoria/prática; papel dos professores e enfermeiros; mudanças	Verificaram-se mudanças a vários níveis decorrentes da implementação das parcerias
Macedo (2009)	Qualitativo Estudo de Caso	Supervisão de Estágios: fenómenos de articulação interorganizacional	Compreender as lógicas de supervisão de estágios, implícitas e explícitas entre as duas organizações; identificar na ação organizacional “articulações estratégicas”	EE (8), Professores (12) Enfermeiros (17)	EC, organização pedagógica e formação dos EE; influência do conflito de racionalidades do EC; configurações de articulação interorganizacional	Supervisão de EC como elemento articulador; incongruências interorganizacional e intraorganizacional; protocolo, um artefacto, um requisito formal; necessidade de uma verdadeira parceria
Borges (2010)	Qualitativo	Processo de colaboração na formação de EE em EC	Caracterizar experiências dos Enfermeiros quanto à supervisão; avaliar opinião quanto aos processos colaborativos	Enfermeiros (12)	Representações da supervisão; formação em supervisão; articulação docente/enfermeiro; parceria interinstitucional	Processo enriquecedor; falta de comunicação entre os intervenientes e escassez de formação; sugere-se criação de parcerias e investigação conjunta

4. Quadro Resumo das Características dos Estudos sobre Ensino Clínico – Desenvolvimento de Competências nos EE (1)

Fonte	Tipo de estudo	Foco do Estudo	Objetivos	Sujeitos	Variáveis	Resultados
Galvão (1995)	Quantitativo Descritivo	Avaliação em EC	Conhecer o nível de satisfação dos EE quanto á metodologia de avaliação e aos resultados;	EE (60)	Satisfação dos EE; tipos de avaliação; resultados obtidos; duração do EC;	Grau de satisfação decresce entre o 1º e último EC; inadequação das características dos locais de EC
Leal (1995)	Quantitativo Descritivo	Avaliação em EC	Identificar fatores que interferem na objetividade da avaliação em EC	EE (80)	Avaliação EC; idade, sexo; curriculares; pedagógicas	Satisfação global com a avaliação; critérios nem sempre uniformes e sem atenderem ao local de EC
Neves (1995)	Qualitativo Estudo de Caso	Articulação Teoria-Prática em EC	Identificar fatores influenciadores da articulação teoria-prática na formação	EE (14)	Reflexão na e sobre a ação; O ratio professor/EE	Articulação parcial da teoria com a prática; ausência de reflexão e rácio professor/EE, como dificultadores
Oliveira (1995)	Qualitativo Estudo de Caso	Articulação Teoria-Prática em EC	Identificar fatores influenciadores da articulação teoria-prática na formação	EE (13)	Reflexão na e sobre a ação; Tipo de orientação	Articulação parcial da teoria com a prática; a reflexão e atuação do docente como fatores positivos
Ramos (1995)	Qualitativo Exploratório Fenomenológico	Vivências dos EE	Compreender as vivências dos EE no primeiro contacto com o utente	EE (10)	Características dos serviços; conhecimentos; sentimentos experienciados	Sentimentos de medo e insegurança na relação; tristeza pela discrepância entre o aprendido e a prática em uso
Valadas (1995)	Qualitativo e Quantitativo	Ansiedade dos EE em EC	Identificar os fatores desencadeantes de ansiedade nos EE no EC	EE (30)	Avaliação; interação professor/EE; características dos serviços	70% dos EE têm ansiedade no EC; fatores como a avaliação, a organização do tempo e do trabalho, a relação com o professor, os serviços
Carvalho (1996)	Qualitativo (diários de aprendizagem e entrevistas) e quantitativo (questionário)	Aprendizagem do EE em EC	Conhecer os fatores que influenciam a aprendizagem; contribuir para a adequação do processo ensino/aprendizagem	EE (109)	Ansiedade; confiança e motivação antes do estágio; desconhecimento da realidade; relacionamento com colegas, professores e enfermeiros	Fatores influenciadores: estrutura cognitiva e personalidade do EE, motivação, relação educativa, ansiedade, desconhecimento do local de EC e acolhimento dos enfermeiros
Oliveira (1998)	Correlacional Descritivo, Exploratório	A experiência dos EE relativamente ao stresse e ao <i>coping</i> no EC	Avaliar os fatores de stresse e nível de ansiedade dos EE em EC	EE (66)	Stresse; relação de ajuda; emoções; <i>coping</i>	Fatores de stresse mais frequentes são os mais intensos: avaliação, organização do trabalho e interação com o orientador
Teixeira (1998)	Quantitativo	Desenvolvimento do pensamento reflexivo do EE	Identificar os sentimentos experimentados, as capacidades desenvolvidas e experiências de formação do pensamento reflexivo	EE (129)	Sentimentos, capacidades pessoais e experiências de formação do pensamento reflexivo	Sentimentos mais experimentados: entusiasmo de curiosidade; capacidades: congruência e honestidade; experiências de reflexão sobre a ação
Frade (1999)	Quantitativo Descritivo, Exploratório	Relação de Ajuda em EC	Conhecer a perceção dos EE acerca da relação de ajuda desenvolvida em EC	EE (63)	Perceção da relação de ajuda; componente relacional no currículo do Curso; sociodemográficas	Uma orientação assente no elemento vivenciado favorece o aparecimento de características facilitadoras presentes na relação de ajuda
Longarito (1999)	Qualitativo Estudo de caso	Influência dos formadores no desenvolvimento dos EE em EC	Compreender a perceção dos EE acerca da influência dos agentes formadores no seu desenvolvimento em EC	EE (12)	Interações dos formadores; saberes dos professores e dos enfermeiros; modelos de referência profissional	Dificuldades no domínio técnico-científico; recursos – enfermeiros, professores e colegas; identificação dos enfermeiros como modelos
Coelho (2000)	Qualitativo Exploratório	Dificuldades dos EE em EC; estratégias de resolução	Perceber a natureza dos problemas e das interações dos EE no EC, assim como dos significados atribuídos	EE (27)	Dificuldades; sentimentos; Recursos; atitudes adaptativas	Deficiências de recursos materiais e na articulação teoria/prática; enfermeiros dos serviços, como modelos da prática

5. Quadro Resumo das Características dos Estudos sobre Ensino Clínico – Desenvolvimento de Competências nos EE (2)

Fonte	Tipo de estudo	Foco do Estudo	Objetivos	Sujeitos	Variáveis	Resultados
Oliveira (2000)	Quantitativo Descritivo	Avaliação em EC	Identificar fatores de satisfação/insatisfação nos resultados obtidos na avaliação do EC	EE (53)	Satisfação; relação pedagógica; técnicas de avaliação; condições do local	Correlação positiva entre satisfação na avaliação e a relação pedagógica e as condições do local de EC
Sarnadas (2000)	Quantitativo	Ansiedade e stress dos EE no EC	Frequência e nível de ansiedade nos EE; Identificar fatores de exposição ao stress	EE (106)	Idade; sexo; local de residência; práticas lúdicas	Correlação positiva entre a ansiedade com avaliação, interação professor, serviço, colegas, situação dos doentes, ambiente social do hospital
Teixeira (2000)	Qualitativo Fenomenológico	Fatores influenciadores da aprendizagem em EC	Analisar a perceção dos EE acerca dos fatores facilitadores e dificultadores da aprendizagem em EC	EE (11)	Aspetos relacionais Comunicação com o doente	Facilita os aspetos relacionais; dificulta a relação com o professor, a sua capacidade para aprender e a comunicação verbal com o doente
Longarito (2002)	Qualitativo Exploratório Descritivo	Desenvolvimento de competências no EE, através da orientação em EC	Compreender a importância que os formadores atribuem à sua orientação em EC para o desenvolvimento de competências dos EE	Enfermeiros (36) Professores (4)	Experiência em EC, constrangimentos, dificuldades, recursos	A orientação dos enfermeiros favorece a aquisição de competências técnicas, a dos professores mais a capacidade crítico-reflexiva entre outras
Fernandes (2004)	Qualitativo Teoria Fundamentada	Formação dos EE em EC hospitalar, com análise do modelo de supervisão clínica	Determinar a forma como o EE: aprende, reflete as experiências, como constrói os dispositivos formativos e como entende e constrói a autonomia para a profissão	EE	Organização do EC; experiências proporcionadas; modos de aprender; relação entre a teoria e a prática	Identificação de etapas de aprendizagem: prestação de cuidados diretos não relacionada com o que aprendeu, mas com características que integrou
Carvalho (2005)	Qualitativo Estudo de Caso	Avaliação da aprendizagem em Ensino Clínico	Reconhecer o modelo de EC; compreender se a avaliação está de acordo com os modelos defendidos	EE (135) Professores (14)	Perfil de enfermeiro; modelo de EC; modelo de aprendizagem; avaliação da aprendizagem	Desfasamento entre os modelos defendidos e os em uso; importância da orientação realizada pelos enfermeiros dos serviços;
Simões (2005)	Qualitativo Investigação-Ação	Humanização dos cuidados de saúde e educação reflexiva em EC	Perceber o tipo de valores e princípios com que se identificam os EE; compreender atitudes e comportamentos	EE (25)	Atitudes e comportamentos humanizantes; competências humanas; métodos pedagógicos	A utilização do debate em grupo levou a melhor valorização e desempenho na dimensão humana da relação EE/doente
Neto (2006)	Qualitativo Estudo de Caso	Competências expressas pelos EE em EC	Identificar e relacionar competências e saberes expressos pelos EE em EC	EE (24)	Tipo e forma de desenvolvimento de competências	Expressão de competências da prática profissional, éticas, legais, prestação e gestão de cuidados; valorização da componente relacional
Santos (2009)	Qualitativo Estudo de Caso; investigação narrativa e fenomenográfica	Aprendizagem e desenvolvimento dos EE	Analisar criticamente as potencialidades da construção de narrativas reflexivas e meta reflexões no processo de aprendizagem e desenvolvimento do EE em contexto do EC	EE	Variabilidade pessoal, contextual e de continuidade das narrativas nos modos de interação e de resposta	A aprendizagem dos EE expressa-se na confluência da aprendizagem significativa, potenciada pela reflexão sobre as ações da prática; o processo influenciado pelas interações com os intervenientes do contexto
Rua (2009)	Qualitativo Estudo de Caso	Desenvolvimento de Competências dos EE em EC	Compreender o desenvolvimento de competências dos EE em EC e quais os fatores influenciadores	EE (45), Professores e Enfermeiros (100)	Pessoa Processo Contextos Tempo	Os fatores influenciadores estão relacionados com a Pessoa, o Processo, o Tempo e os Contextos do EC. Falta de preparação dos supervisores indefinição de papéis entre doce
Barroso (2009)	Quantitativo e qualitativo	Fatores que influenciam a aprendizagem dos EE em EC	Identificar experiências de aprendizagem no EC; conhecer a perceção do stress dos EE	EE	Independentes – idade, sexo, ano do CLE; Dependente – situações de stress	Fatores de stress: falta de competência, contacto com sofrimento, relação com o doente, sobrecarga de trabalho, impotência /incerteza, relação supervisores e colegas

6. Quadro Resumo das Características dos Estudos sobre Ensino Clínico – Processos de Supervisão e Competências dos Orientadores (1)

Fonte	Tipo de estudo	Foco do Estudo	Objetivos	Sujeitos	Variáveis	Resultados
Amendoeira (1994)	Qualitativo Exploratório	Influência do modelo de cuidar na orientação em EC	Compreender a percepção dos docentes sobre a influência do processo de cuidar na orientação dos EE em EC	Professores (6)	Fatores que dificultam a orientação Fatores que facilitam a orientação	Existência de modelo de cuidar explícito de acordo com o preconizado pelos professores; importância do relacionamento entre professores e enfermeiros
Morna (1995)	Qualitativo Fenomenológico	Interação professor/EE no EC	Identificar a estrutura essencial da interação professor/EE	EE (20)	Interação cuidativa; interação não-cuidativa	Interação cuidativa potencia desenvolvimento do EE; não-cuidativa oprime e limita a aprendizagem do EE
Cruz (1996)	Quantitativo e qualitativo, descritivo e interpretativo	Satisfação dos EE quanto ao processo de supervisão	Caracterizar o processo de supervisão, conhecer o nível de satisfação dos EE em relação à supervisão	EE (130)	Acompanhamento, relação professor/EE	Insatisfação do aluno quanto ao processo de supervisão utilizado
Franco (2000)	Exploratório descritivo quantitativo e qualitativo	Orientação dos EE em EC	Identificar meios e/ou formas de melhorar a orientação em EC	Enfermeiros (39) e Professores (39)	Tipo de orientação; seleção e formação específica	Constrangimentos de professores e enfermeiros pela indefinição de papéis; necessidade protocolos efetivos institucionais e entre Escolas/Serviços, ao nível do EC
Neves (2002)	Quantitativo Exploratório e Descritivo	Humanização em EC	Conhecer a percepção dos EE acerca da humanização em EC	EE (192)	Variáveis sociodemográficas/acadêmicas	Percepção global positiva; provável relação com as características dos locais de EC e com ausência total ou parcial do Professor nesses locais
Belo (2003)	Qualitativo Exploratório e Descritivo	Supervisão em EC	Compreender o significado que os EE atribuem à supervisão em EC	EE (30)	Contexto; estratégias supervisão; competências do EE, docente e enfermeiros	Supervisão não é facilitadora do ensino/aprendizagem; importância da comunicação na relação supervisiva
Cruz (2004)	Quantitativo, Descritivo Exploratório	Valorização das características dos enfermeiros supervisores	Identificar características do enfermeiro tutor dos EE do CLE que potenciam o ensino/aprendizagem	EE (119) Enfermeiros (265) Professores (49)	Dimensões “Professor”, “Enfermeiro” e “Pessoa”; formação específica	Divergência entre os vários grupos na valorização das dimensões; a dimensão “Pessoa” foi a menos valorizada; concordância da existência de formação específica; sugere-se articulação interinstitucional
Fonseca (2004)	Qualitativo Descritivo Exploratório	Representação dos professores sobre a supervisão em EC	Compreender as experiências vivenciadas pelos professores acerca da supervisão em EC	Professores (25)	Representações sobre supervisão, relação e desenvolvimento de competências em EC	Dificuldades na relação professor/EE, associados na maioria ao processo de avaliação
Simões (2004)	Exploratório de natureza qualitativa; Indagação construtivista e fenomenológica	Supervisão em EC: experiências vivenciadas pelos enfermeiros supervisores	Compreender os processos de supervisão em EC e caracterizá-los, a partir das perspectivas dos enfermeiros supervisores; propor linhas orientadoras	Enfermeiros supervisores (30)	Comunicação Escola/Serviço; Comunicação entre supervisores, alunos e docentes; relação Teoria/Prática; condições de trabalho	Valorização das competências analíticas e avaliativas dos supervisores; valorização do tempo de permanência dos supervisores e do ambiente clínico e psicológico como condições para a supervisão; desarticulação entre teoria e prática; necessidade de valorização e responsabilização dos enfermeiros no processo de supervisão

7. Quadro Resumo das Características dos Estudos sobre Ensino Clínico – Processos de Supervisão e Competências dos Orientadores (2)

Fonte	Tipo de estudo	Foco do Estudo	Objetivos	Sujeitos	Variáveis	Resultados
Cardoso (2005)	Qualitativo Exploratório e Descritivo	Processo de orientação dos EE em EC	Descrever o processo de orientação dos EE utilizado pelos enfermeiros e identificar os princípios de prática reflexiva	Enfermeiros (2 em 6 entrevistas)	Fases de orientação; autonomia, iniciativa e reflexão do EE	A reflexão surgiu como processo de orientação e de melhoria da ação do EE e do enfermeiro supervisor
Magalhães (2006)	Qualitativo Exploratório Descritivo	Questões éticas na formação prática do EE	Identificar questões éticas que se colocam na formação prática do EE, sobretudo, na relação orientador/EE/doente	Doentes, Enfermeiros Supervisores e EE	Paradigma holístico Paradigma positivista	No confronto entre o paradigma positivista (enfermeiro) e o holístico (EE), doentes e EE vêm os seus direitos comprometidos; sugestão de propostas
Pereira (2007)	Qualitativo Descritivo Interpretativo	Aprendizagens dos orientadores em EC	Identificar as aprendizagens dos orientadores durante a supervisão de EE em EC	Enfermeiros (4)	Aprendizagens Representações da supervisão Estratégias pedagógicas	Aprendizagem conhecimentos (teóricos, teórico-práticos e tácitos) e a nível relacional; influência da experiência profissional e de supervisão
Nascimento (2007)	Qualitativo Exploratório Descritivo	Necessidades de formação em supervisão clínica dos docentes	Conhecer a opinião dos docentes sobre a supervisão; identificar situações dificultadoras; identificar requisitos para a formação dos docentes supervisores	Docentes supervisores (14)	Motivações; construção do saber profissional; dificuldades experimentadas; expectativas de melhoria	Falta de preparação para a função; inexistência de perfil profissional de competências do supervisor; falta de trabalho em parceria com os enfermeiros; carga de trabalho excessiva com impacto negativo na supervisão
Serra (2007)	Qualitativo Estudo de Caso	Supervisão em EC: vivências dos enfermeiros supervisores	Compreender as vivências dos enfermeiros acerca do seu papel como supervisores de EE no EC	Enfermeiros supervisores (6)	Representações sobre a prática Identidade do supervisor em EC Desempenho esperado dos EE	EC como aplicação de conhecimentos exteriores; desvalorização dos saberes da prática; preparação inadequada; desenvolvimento pessoal e profissional
Cordeiro (2008)	Prospetivo, quantitativo e qualitativo, descritivo e exploratório	Impacto da cronobiologia na supervisão em EC	Conhecer o impacto do trabalho por turnos no rendimento dos EE; conhecer as perceções dos EE acerca da supervisão em EC	EE	Segundo o Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (sono, saúde física, ansiedade, personalidade, <i>coping</i> , ...)	Sensibiliza para a importância das estratégias de <i>coping</i> nos EE e realça a importância da monitorização e aperfeiçoamento do modelo tutorial de supervisão em EC
Paiva (2008)	Quantitativo de natureza descritivo correlacional	Influência do Stresse dos enfermeiros supervisores no apoio aos EE	Identificar o stresse vivenciado pelos tutores e analisar a sua influência, no apoio percebido pelos EE; analisar a influência de outros fatores do tutor	EE e enfermeiros Supervisores	Stresse do aluno; stresse e assertividade do tutor; dados sociodemográficos; sobrecarga de trabalho;	Baixos níveis de stresse e razoáveis níveis de assertividade nos supervisores; o apoio percebido pelos EE parece não estar relacionado com as características do tutor
Martins (2009)	Exploratório descritivo de natureza qualitativa	Supervisão em EC: representações dos EE sobre as competências do enfermeiro para o papel de supervisor	Identificar as competências dos enfermeiros supervisores para melhorar o respetivo processo de seleção e perspetivar a formação necessária	EE	Local e área do EC, equipa de enfermagem; formação em supervisão, motivação e experiência; critérios seleção; relação Escola/Serviço	Competências mais valorizadas as cognitivas e as relacionais/comunicacionais; identificados fatores influenciadores da aprendizagem em EC, como o local, equipa, enfermeiros, supervisores.
Soares (2009)	Qualitativo Estudo de Caso	Formação de Supervisores para EC	Compreender as representações dos enfermeiros sobre a supervisão em EC, identificar necessidades de formação	Enfermeiros supervisores (26)	Constrangimentos do supervisor, estratégias supervisivas, atividades didáticas	Os enfermeiros não se sentem preparados para o papel de supervisão, sobretudo no que respeita à avaliação; a formação em supervisão é indispensável

ANEXO II

Entrevista Diretora Enfermagem - Hospital da Universidade de S. Paulo

**ENTREVISTA DIRECTORA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU)
DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO (USP)
Realizada em Lisboa a 20-09-10**

Q1- Pergunto em primeiro lugar à Sr.^a Professora há quanto tempo existe o Hospital Universitário (HU) da USP, quais as razões e principais objetivos da sua criação?

D²³- O HU foi fundado em 1981, a ideia já fazia parte desse movimento de regionalizar o atendimento na Saúde no Brasil, então ele já foi criado dentro da programação do SUS (Sistema Único de Saúde) do Brasil, para atender a Região do Butantã, que é o Bairro maior de S. Paulo que é localizado junto do HU. Ele foi criado em primeiro pela Área Materno-Infantil, porque não tínhamos naquela região um atendimento adequado para essa área, nós até tínhamos para atendimento a Adultos mas não para Crianças, então o HU foi fundado com a intenção de auxiliar o Ensino numa região em que era carente de atendimento público. O grande foco foi atender o nível secundário na área da saúde, porque o Hospital de Clínicas, que é o maior campo de estágio da Universidade de S. Paulo, é um hospital terciário, então a ideia era ter também um hospital de nível secundário para atender gripes, resfriados, hérnias, coisas mais simples, porque no Hospital de Clínicas nós temos as exceções, é um nível terciário altamente especializado. Então a ideia foi criado para Ensino da rede do nível secundário, para pesquisa, tanto que todas as unidades de saúde têm alunos lá dentro, estou falando de Psicologia, de Enfermagem, Medicina, Farmácia, então tem alunos dentro do Hospital, tem Ensino, Pesquisa e Assistência da Região do Butantã.

Q2 – De uma forma global, quais são os recursos físicos, genéricos e humanos que um hospital deste tipo comporta, no sentido daquilo que o diferencia de um hospital que não é universitário, o que precisa de ter a mais, e o que este tem em termos de recursos, que ajustes foram necessários fazer, embora ele tenha sido criado de raiz com este fim, que diferenças se constata neste tipo de hospital?

D – Vou falar das diferenças, apesar de como eu já disse ter ele sido criado de raiz, como Hospital Universitário, tanto que ele têm uma grande diferença em relação ao Hospital de Clínicas, que é o outro Hospital, porquê? O Hospital de Clínicas é ligado à Secretaria de Saúde do Estado de S. Paulo, o HU é ligado à Reitoria, então ele é um Hospital da Universidade de S. Paulo, então tudo é diferente, o regime de trabalho é diferente, a contratação, nós somos funcionários USP (Universidade S. Paulo) e não funcionários do Estado. Isso é uma grande diferença, tanto que periodicamente se discute isso, vamos manter uma Unidade de Ensino que tem um gasto diferenciado das outras Unidades, ou vamos devolvê-lo, entre aspas, para o Estado? E sempre se manteve e até agora, pelo menos a maioria da comunidade da USP, entende que exatamente por ele ter sido criado com esse fim que é uma outra visão que você tem, todos os funcionários vêm um aluno como fazendo parte da Equipa, porque ele nunca deixou de ter alunos sempre teve, nunca deixou de ter Pesquisa e nunca se deixou de pensar em Protocolos, então isso faz a diferença. Mesmo que haja movimentos do tipo vamos entregá-lo para a Secretaria, porque fica igual ao Hospital de Clínicas, na verdade ele nunca foi assim, ele recebe uma parte da verba da Secretaria de Saúde exatamente por que está ligado ao Sistema de Saúde Único, então nós temos metas a cumprir, nos

²³ Directora do HU da USP

atendimentos, consultas, cirurgias, mas o grosso do dinheiro é a Universidade, então isso faz toda a diferença.

Q2 – Portanto, é uma diferença muito grande, logo aí e o facto também de os profissionais serem da Universidade, por isso já é muito diferente e também a questão que abordou dos gastos serem diferentes apesar das metas que tem de cumprir por isso são gastos diferentes...

D – Porque já está incluída essa lógica, então nós temos por exemplo profissionais, e não estou a falando só de Enfermagem, mas também de Enfermagem, que já foram escolhidos como *paraninfos*, *patronesse* (tutores) por exemplo, porque eles se veem na condição de ensinar também, então dão aulas. Nós temos, vou dar um exemplo, uma Liga de Enfermagem que é do Hospital Universitário e da Escola, para atender emergência, porque como nós achávamos que o tempo de formação para a emergência era pequeno na graduação e é a briga das 4600 horas sempre, o que fazer, criámos a condição do aluno se poder inscrever e ele vai ao final do dia, que é o horário que ele tem livre lá, e quem dá aulas são os enfermeiros do campo e docentes. Agora eu estou aqui e eu sei que tem um professor lá, no HU, estes dias dando aulas em conjunto com os enfermeiros da emergência, para um grupo de alunos que está atuando na emergência, é diferente já é uma filosofia de ensino diferente.

Q3 – Qual é a relação existente entre as duas Instituições como se processa a articulação entre ambas ao nível do ensino, da prestação de cuidados, da investigação e da extensão? Em parte já foi respondendo um bocadinho a essa questão, quer acrescentar algo mais?

D – Nós temos o Superintendente no Hospital Universitário, que quem indica é o Reitor, tem sido um médico, mas também já existe a discussão que não tem que ser necessariamente um médico, que tem que ser um professor titular, porque é o final da nossa carreira académica. Abaixo do Superintendente, tem dois departamentos, um é o Departamento Médico e o outro é o Departamento de Enfermagem, esses dois cargos são ocupados também por professores e depois o restante dos cargos não, mas esses dois são docentes. Então é o que me faz estar lá há dois anos e continuar mais dois, porque eu sou uma docente e isso me faz ter outros olhos do que fazer lá, então por mais que a gestão me ocupe muito o tempo, todo o tempo eu fico pensando como é que nós podemos melhorar o ensino aqui (HU)? Que linhas de pesquisa podem ser ampliadas aqui (HU)? Eu faço parte da Congregação da Escola (Conselho Diretivo da Escola), então todo o tempo que eu tenho dificuldades estruturais mais importantes, eu tenho a palavra na Congregação da Escola nem preciso de representante, eu pessoalmente vou e exponho para que tenha o apoio da Escola nas questões do Hospital. Acima do Superintendente existe um Conselho Deliberativo que responde diretamente ao Reitor composto pelos Diretores das Unidades de Saúde, então quando eu tenho um problema que eu imagino que valha a pena discutir que seja uma questão multidisciplinar eu levo ao Conselho, ou a Diretora da minha Escola reforça o meu pedido no Conselho Deliberativo. Isto também é uma forma interessante de conversar, porque faz com que as diferentes disciplinas entendam os problemas, componham juntos e não fica tão autoritário, não fica na presença de uma só pessoa, existe um Conselho que realmente delibera as questões de ensino e pesquisa. Temos também mais uma Comissão de Ensino no HU, que é composta por elementos das Unidades de Ensino e do HU, também tem representação, é quem aprova os projetos de pesquisa, e isso ajuda porque não direciona apenas para um interesse, mas para as necessidades. Então, estas são as formas de articulação, são vários grupos e possibilidades de troca a partir de uma Comissão de Ensino, a partir do Conselho Deliberativo, a partir de cargos que a

Universidade ocupa mesmo no Hospital, e é claro que a presença dos docentes em campo é muito importante.

Q3 – Há pouco falou na Congregação é um termo que em Portugal tem outra conotação, quando fala em congregação na Escola fala em Conselho Diretivo.

D – Exatamente.

Q3 a) – Nesta questão alargada relativamente à articulação das duas instituições, como se processa esta articulação ao nível mais concreto dos Ensinos Clínicos (EC), dos estágios que os alunos fazem no Hospital, quem ensina, quem supervisiona os alunos? Há pouco disse-me que nos cargos de topo são Professores que estão a ocupar, o Superintendente, o Departamento de Enfermagem e o Departamento Médico, mas depois os outros que são contratados para o HU não são professores, segundo o que percebi. Nos EC, concretamente, quem é que ensina e quem supervisiona os alunos?

D – Deixe só, para você entender, nós temos valorizado muito a presença dos Enfermeiros do HU, na pós-graduação da Escola, então nós temos vários Doutores em Enfermagem trabalhando na Assistência no HU, e muitos Mestres. O HU tem 150 Enfermeiros, atualmente, eu vou dizer que 30% já são mestres, isso ajuda muito, nós temos quase 50 mestres, isso é muito bom, porque cria vínculos com os docentes, se você foi minha orientadora, a minha relação com você é muito mais próxima, nós vamos fazer pesquisa juntas, e isso é uma delícia, porque os docentes acabam indo para o HU participar dos grupos de ensino e de estudo como a gente disse, porque os grupos de pesquisa são da Escola. Aí, dependendo do estágio, eu tenho praticamente enfermeiro de campo ajudando nessa supervisão, à medida que avança o ensino quem fica com o aluno muitas vezes é o próprio enfermeiro, mas no início da graduação é o docente, é ele que vai. O que nós conseguimos é criar um cargo de Técnico Especializado, que é alguém que é contratado pela Escola, que é um profissional enfermeiro, no caso específico da Enfermagem, que fica com o aluno também em campo, só que a responsabilidade é do Docente, principalmente, nos primeiros dois a três anos, em que o aluno é muito cru. Você não tem forma de disponibilizar um Enfermeiro que está atendendo de verdade e prestando assistência e, para além de tudo, estar a orientar o aluno, mas à medida que esse estudo avança, nós vamos permitindo que o aluno fique em campo, que ele faça estágio voluntário nas férias, eu tenho alunos que ficam os três meses de férias lá (HU), mas sem o Docente. A ideia é que o Corpo Clínico de Enfermagem seja capaz de responder também pelo raciocínio clínico, para não ficar essa coisa de quem pensa é num campo, quem faz é noutro, a ideia é que ambos pensem e que ambos façam, então depende do estágio, do grau do aluno, eu tenho a presença do Docente...

Q3a) – Mais presente ou menos presente consoante o grau de desenvolvimento do aluno. Os EC que percentagem do Curso ocupam aproximadamente?

D – Ocupam 40%... é duro sempre aquelas benditas 4600 horas, o que é que vamos fazer... mas é em torno disso.

Q3a) – Claro, mas a responsabilidade da prestação de cuidados aos doentes continua a ser do Enfermeiro que lá está?

D – Sim, é do enfermeiro que lá está, por exemplo se eu estou como docente em campo, porque até agora era eu, agora há dois anos estou na condição de gestora, eu era o docente que levava o aluno eu sempre ia com um aluno para o HU, então, quando eu ia, eu dizia “vamos cuidar das enfermarias tais e tais”, quem assina sou eu docente, então eu ponho meu número de profissional, aí eu assumo o aluno no período que estou lá, então não é um enfermeiro, se tem a presença de um docente direto em campo, ele assume o doente naqueles cuidados integrais, porque nós trabalhamos lá com a

NANDA, NOC e NIC, então é ele que faz a prescrição, é ele que vai fazer o plano de atuação, o docente assina a responsabilidade por lá, e no período da tarde ou da noite quem se responsabiliza é o enfermeiro.

Q3 a) – Portanto, nesses primeiros Ensinos Clínicos, o docente está o tempo todo que o aluno lá está, o docente fica, se tiver um turno de sete, oito horas, ele vai ter que ficar?

D- Sim, o docente fica... que isso é um problema, você sabe que ao docente é exigido em muitas coisas como docente, então não estou dizendo que é fácil, mas é necessário, porque eu não posso ter um aluno que por exemplo vai pela primeira vez na sala de medicação, sem uma supervisão direta e aí eu preciso do docente, por isso se valoriza cada vez mais os laboratórios de enfermagem, quanto mais ele (aluno) poder ir para campo preparado, porque lá é uma loucura, é um tipo de serviço que não para nunca.

Q3 a) – Claro, não há possibilidade nessas situações de ter os enfermeiros do campo a tomarem conta da situação?

D – Não, eu estou a falar da regra, é óbvio que existem situações em que é possível, mas a regra é - eu tenho que ter um docente responsável pelo grupo de alunos que estão em campo, tanto que quando as unidades se preparam para mandar o plano de ensino do próximo ano no total, você até tem que ver isso, cabe não cabe, quantos, onde, a grade dos alunos, tem o nome do docente que é responsável, nem que ele não fique todo o tempo lá, que excepcionalmente acontece, mas ele é responsável.

Q3 a) – Certo. Naquelas situações em que o docente não fica o tempo todo, ou não fica com os alunos quando já estão mais avançados, de quem é a responsabilidade nessa situação?

D – Também é do docente, só que partilhada, é um contrato onde já se diz o docente virá sei lá duas ou três vezes por semana, o docente fará avaliação conjunta com o enfermeiro cada quinze dias, por exemplo estágios do UTI (Unidade de Terapia Intensiva), o aluno ele tem um primeiro estágio com o docente direto, no início do 4º ano, depois no 2º semestre, pode continuar em UTI, se ele continua, não tem mais o docente direto, aí o que eu tenho é um docente que vai uma vez por semana para verificar como ele está, faz a relação continuada com o enfermeiro, mas a supervisão direta acaba de ser do enfermeiro de campo.

Q3 a) – Claro, nesse caso. Já agora nas supervisões diretas, nas primeiras fases do curso e nas mais avançadas, qual é o rácio que tem cada docente, quantos alunos é que tem?

D – Tem 10 alunos em média.

Q3 a) – Na situação que estava a falar da UTI, nesse caso a prestação direta de cuidados fica da responsabilidade do enfermeiro que lá está, uma vez que o docente não poderá estar?

D – Sim.

Q3 a) – Queria dizer mais alguma coisa?

D – Sim, apesar das dificuldades tem funcionado, dos dois lados tem reclamação, eu que estou nessa situação, já olhei dos dois lados, é muito bom, sinto-me privilegiada, é verdade que tem momentos em que o campo pode bancar (supervisionar), mas tem momentos que não, porque é impossível com a demanda, é quase cem por cento de ocupação direta, é uma loucura, isso é sem folga, você tem uma equipa que não folga nunca, então não dá, ainda mais quando é o início da graduação então precisa tem que ter um docente.

Q3 b) – Ainda dentro desta questão, da articulação se existe exclusividade por parte do HU, em só receber alunos da USP?

D – Sim, só recebe alunos da USP. Antes de vir eu acabei de negar um pedido a uma colega amiga da UniESP (Universidade do Estado de S. Paulo), que também é pública, mas ela queria fazer estágio na nossa emergência, aí eu disse “não tem condição”, por causa dessa grande quantidade de alunos, porque não tem condição de libertar mais enfermeiros para outras unidades, então é um privilégio, mas só são alunos da USP.

Q4 – Quais são os estatutos e funções dos enfermeiros do HU e da USP, ao nível da prestação de cuidados do ensino e da investigação, mas que já foi respondendo, qual o estatuto que eles têm e as funções, tanto ao nível do HU e da USP?

D – Quero só complementar uma coisa, os nossos enfermeiros são bastantes estimulados a participar de grupos de pesquisa, todos os docentes de enfermagem da USP têm grupos de pesquisa cadastrados, praticamente no nosso Sistema Nacional de Pesquisa, com linhas de pesquisa. Nós estimulamos assim os nossos enfermeiros a participar, e se ele se responsabilizar em algum cargo de chefia, aí ele tem de fazer mestrado, tem de participar e se desenvolver em “pós” (pós-graduação). Então o máximo que já aconteceu foi você indicar alguém e ele começa imediatamente começa seguir essa linha, mas faz parte da avaliação dessa pessoa, ela sabe quando ele é convidada eventualmente para qualquer cargo de chefia ela também se desenvolver na pesquisa, porque aprende a escrever que é uma coisa que é diferente, mesmo a escrita, então isso também acho que é legal, acho que é uma coisa positiva e você acaba entrosando melhor essas duas equipas.

Q4 – No início, quando estava a dar o exemplo que havia inclusive situações em que os alunos, na questão da emergência, iam para o hospital para terem aulas de emergência até em tempo extra, segundo percebi, quando eles vão ao Hospital está a falar em aulas mesmo em sala de aula, é isso?

D – É isso, tanto que nós reformulámos a emergência, é uma briga sala de aula no HU, porque tem sempre menos salas de que grupos, então não pense que é fácil ter sala de aula livre. Mas quando nós fizemos a reforma da emergência eu tinha acabado de ir para lá, aí nós fechamos uma sala para ensino, dentro da emergência, o espaço dentro da emergência é sempre uma briga, você sabe, se a gente deixar vai-se pondo leitos em qualquer lugar, você sabe, nós fechamos uma sala para que fosse uma sala de ensino multidisciplinar e qualquer profissional da área da saúde a pudesse utilizar com o seu Grupo, então eles têm aula ou no sector da educação continuada do hospital, ou a aula nessa sala que é dentro da própria emergência, porque às vezes você tem um caso que até é interessante e que quer discutir imediatamente e essa sala dá essa proximidade que é legal.

Q4 – No que respeita a uma das funções do Ensino Superior que é a extensão e o do serviço à comunidade, existe algo mais no que respeita às duas instituições, o HU e a USP, algo para além de receberem doentes ...?

D - A gente considera que o HU é uma grande extensão à comunidade, porque se você pensar, é imenso, é um trabalho, eu nessa condição de gestora só faço isso, hoje eu penso que o meu enfoque é muito mais atender uma comunidade do que qualquer outra coisa, então a gente considera a manutenção do Hospital como um grande atendimento à comunidade. Mas não é só o HU, nós temos grupos de docentes por exemplo da rede primária, da rede pública, também vão para os Centros de Saúde, para os postos de saúde que fazem atendimento de saúde na família, essas outras atividades, que vão para a rede pública de cuidados primários. E a gente acha pela USP tem uma classificação da especialização, da formação e especialização como atividade de extensão comunitária, porque eu não sou como docente obrigada a ministrar

especializações, eu preciso participar da graduação e da pós (pós-graduação) em senso estrito não senso lato, então muitas vezes os docentes montam especializações pela demanda de um lugar para atender gente da comunidade, nós temos uma especialização em Enfermagem em Radiologia e Iconologia que acabou de acabar, acabou em Junho, porque era uma demanda de comunidade, e estamos a começar uma em Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, porque havia uma necessidade da comunidade, então a gente entende as especializações também como um programa de atendimento à comunidade.

Q4 – Dentro ainda desse programa de atendimento à comunidade têm atendimento domiciliário?

D – Tem no programa de Cuidado Paliativos, nós temos um programa super lindo, eu acho, em paliativo com atendimento domiciliário, de atendimento às famílias. Nós atendemos em casa mais de 100 casos de Cuidados Paliativos / mês, só em Cuidados Paliativos, então é um grande serviço de extensão à comunidade também. Temos uma palhaça que faz parte da equipa de atendimento que vai às casas de Cuidados Paliativos.

Q4 – Portanto, parte do HU, a equipa, a sede...

D – Isso, é do HU, nós temos três enfermeiras dentro desse sector que se chama PAD (Programa de Atendimento Domiciliário), Médicos e Psicóloga, que fazem essa parte.

Q4 – E é só na vertente dos cuidados paliativos?

D – Não, não, dos pacientes crónicos, a gente tem muitas crianças por exemplo, com síndromes genéticas, metabólicas, que são cuidadas em casa e que faz parte desse programa de atendimento domiciliário.

Q4 – Também partilhado pelos professores e pelos enfermeiros?

D – Quem mantém, é a equipa fixa de técnicos, de enfermeiros e médicos do HU, até porque esse tipo de doentes não têm férias, mas os alunos podem acompanhar e eles gostam muito, porque o atendimento ao paciente crónico cria vínculo, então eles gostam, porque acabam sendo relações muito satisfatórias, muito queridas. As pessoas são recebidas com bolo, bolacha, suco, é muito diferente do atendimento do agudo, a situação do atendimento domiciliário é aquela “olha que bom, você veio de novo...”, e o aluno gosta disso, ele gosta de ver esse vínculo formado.

Q4 – E é também uma oportunidade de aprendizagem?

D – Muito grande.

Q4 – Dessas equipas há docentes que também vão ao domicílio, dentro da equipa de atendimento domiciliário?

D – Tem uma docente de enfermagem que vai, não é sempre, mas vai de vez em quando, da mesma forma que eu tenho um médico que vai, eu tenho médicos fixos, os enfermeiros fixos, os docentes exceccionalmente.

Q5 – Já respondeu de certa maneira a esta questão que é: Qual a qualificação exigida aos enfermeiros do HU para colaborarem no ensino dos estudantes de enfermagem? E se existe um plano de formação específico para os enfermeiros, se é para todos ou só para aqueles que colaboram?

D – Eu posso-te mandar, me cobra por favor para eu te mandar por e-mail, o nosso plano de metas do HU, para enfermagem do HU, eu posso-te mandar o plano de metas e você vai ver lá que a nossa meta até 2012 é 85% dos enfermeiros todos com especialização, pelo menos, e aí a gente coloca essa percentagem, se é que imagina a gente vai conseguir concluir. A ideia é que para você estar num hospital universitário em que naturalmente tem o ensino, que todos, que a gente chegue aos 100%, pelo

menos você é especialista, entre aspas, em algo, e isso faz um diferencial para o aluno. Mas é aquilo que eu te disse, se é algum cargo de chefia vai para o mestrado, tem que ir para o mestrado, e as diretoras de lá, porque na enfermagem depois do cargo de chefe de departamento, você tem quatro diretoras ou diretores, se bem que agora são quatro mulheres, por isso estou a utilizar o feminino, essas diretoras são diretoras de áreas. Então, tenho por exemplo, uma responsável do atendimento do paciente externo que atende o cuidado domiciliário, emergência, ambulatório, outra a parte cirúrgica. Essas quatro diretoras, a proposta é que elas sejam doutoras, então atualmente se elas não são elas estão a formar-se. Eu já tenho duas que são doutoras e duas que devem terminar este ano. A ideia é que a nível de diretoria a gente tenha doutoras.

Q6 – Relativamente à remuneração dos Enfermeiros do HU, neste caso será a Universidade que assegura a remuneração, como o HU é uma unidade da própria Universidade, não há nenhum extra por eles estarem a orientar, isso faz parte das funções dos enfermeiros que vão trabalhar para o HU?

D – Sim, assegura a remuneração e faz o plano de carreira, são admitidos sabendo isso.

Q7 – De uma forma global, quais as vantagens que vê neste modelo e se vê desvantagens e dificuldades?

D – Eu adoraria que a gente tivesse todos os hospitais, como hospitais de Ensino, Pesquisa e Assistência. Eu acho que a nossa prática continuada tem de ser reflexiva, então eu vejo a possibilidade de você não ter um raciocínio clínico em pessoas que às vezes, porque é muito difícil, a rotina acabam sistematizando de forma menos refletida o que fazem. Eu percebo a alegria que existe quando essa união existe. Nós temos uma reunião mensal que a gente chama de Conselho Gestor, com todas as Chefes de Unidade, é obrigatória, eu tenho as quatro Diretoras, as Chefes de Unidade e eu estou lá. Há uma outra reunião mensal, que além das Chefes de Unidade, em que a gente discute as questões de gestão, tem um representante de funcionário técnico de enfermagem, eleito pelos seus pares, que faz parte dessas reuniões, que chamamos de Conselho Técnico de Enfermagem. Há mais de um ano, a gente implantou a discussão de um Estudo de Caso no início dessas reuniões, a reunião independente da quantidade de assuntos que se tenha, ela começa com um Estudo de Caso de Enfermagem, e eu tenho visto como isso é maravilhoso, porque isso se *rodizia* entre as unidades. As unidades têm-se preparado para contar aos colegas o que fazem e agora eles já entenderam que quem tem que falar não é só o enfermeiro, é o técnico, porque ele também tem uma ação junto do paciente de enfermagem, então está-me encantando eu ver o quanto eles cada vez apresentam coisas mais bonitas, que são estudos de casos com diagnóstico, exatamente prescrição, evolução, dizendo o tamanho do que conseguiram. O que se ganha, eu acho que uma reflexão clínica continuada, uma maior homogeneidade na linguagem, porque eu pergunto: “Porque você não pôs esse diagnóstico, porque não é aquele? Nós entendemos assim...”. Então existe uma conversa que é pura enfermagem, no meu modo de ver, entre as unidades que também é muito útil e muito interessante, que o grupo cresce e fica entendendo o que é que eu mesma estou fazendo aqui, era para fazer Enfermagem, então é Enfermagem que a gente tem de discutir, não é só o novo sistema de avaliação de desempenho, não é o uniforme, não é isso só. Então, eu vejo um grande ganho para ambos os lados, porque eu acho que o docente consegue ancorar o seu discurso, a prática assistencial, reflete em cima da própria prática, não se vêm como grupos tão distantes, mas respeitando o teu limite e o meu. Agora existem muitos desafios: 1º Eu acho que existe quase uma

impossibilidade de quem ocupa um cargo de gestão, desenvolver a carreira docente no grau de exigência que é pedido. Nós temos uma avaliação que é da CAPS (Coordenação de Ensino Superior que nos avalia como decentes), que acontece periodicamente lá, que é uma loucura, eu não consigo produzir a quantidade de artigos...

Q7 – Que tem aquelas exigências de publicação, orientação...

D – Exatamente. É claro que é impossível fazer as duas coisas, é por isso que eu entendo que tem que ter um rodízio mesmo, porque isso mantém a aproximação, mas tem um sacrifício, entre aspas, que é eu não tenho o mesmo tempo para orientação, eu não tenho o mesmo tempo para a leitura, eu não tenho. Acho que tem muitas dificuldades com o grau de exigência do docente para ele, o que ele tem que ler, o que tem de orientar para fazer pesquisa, ele também dá conta da assistência, por isso eu acho que tem que estar muito junto, porque aí se a gente estudou junto uma forma de fazer pesquisa, então eu vou entender quando você não puder estar lá, porque aí eu sei que eu também vou ganhar. O que eu acho que é um grande problema é a gente continuar desenvolvendo pesquisas que não sejam diretamente a problemática do campo e aí eu chego e quero que uma pessoa que está no campo tenha a mesma visão que eu tenho. Então, eu acho que enquanto docentes temos que fazer uma aproximação maior, para que depois o próprio campo diga: “Então está, eu agora cuido, e você, sei lá, ajuda na análise dos dados, pensa no projeto...”. Acho que tem, além dessas questões óbvias, tipo tem mais gasto... é claro que um aluno sai caro, então acabo tendo um gasto maior de tudo, quando você tem aluno em campo, mas eu vejo muito mais vantagens de que desvantagens. Eu penso que a gente deveria ter uma prática reflexiva sempre.

Q7 – E isso só será possível se houver uma maior aproximação entre a Instituição de Ensino e a Instituição de Saúde, basicamente é isso?

D – Eu acho.

Q8 - Já foi respondendo a uma questão que eu não tinha, mas que me surgiu, que era como o docente consegue conciliar a sua atividade docente e a sua atividade no hospital, sobretudo, quando ocupa cargos de grande responsabilidade e chefia no próprio hospital?

D – Eu entendo que algumas coisas facilitam, eu vejo que o facto de eu ocupar um cargo desses, depois de eu já ter muitos anos de docência, é muito mais fácil também, porquê? Porque eu já tendo orientandos formados, os meus grupos de pesquisa já estão constituídos, eu posso contar com a ajuda de pessoas também, é diferente de verdade se eu estivesse no início da minha carreira onde eu teria de estar provando uma linha de pesquisa, não é mais isso. Isso ajuda, porque hoje (2ª feira) eu tenho um grupo de pesquisa que vai acontecer às 17 horas no Brasil, um grupo de estudo e pesquisa em comunicação, quem está tocando o grupo é a minha vice-coordenadora do grupo, então eu posso ter essa liberdade falar, toca porque eu estou indo para uma banca (provas de defesa). Se fosse no início de carreira você não teria isso ainda instituído, então penso que isso também tem de ser visto, porque quando a pessoa começa a carreira de docente, ela tem que ter um tempo para fazer a carreira docente, ela tem de ter esse tempo para ela fazer um contacto com o seu referencial teórico, depois é só manter, e isso é todo um alicerce que tem que construir e que se ela não constrói ela vai enlouquecer...

Q8 - Porque não tem qualquer tempo para isso...

D – Não, é diferente.

ANEXO III
Pedidos de Autorização

Anexo III – Itens

1. Pedidos de Autorização Entrevistas Informantes Chave

1.1 Presidente do CRP da UCP

1.2 Professor do EC

1.3 Regentes dos EC

1.4 Enfermeira Geral do HP

1.5 Diretor Clínico do HP

2. Pedidos Autorização para Observação dos CPC

3. Pedidos Autorização Entrevistas Enfermeiros Chefes e Lançamento de Questionários aos Enfermeiros e Autorizações

4. Pedido de Autorização SIGIQ/UCP

1. Pedidos de Autorização Entrevistas Informantes Chave

Exmo. Senhor Presidente
Centro Regional do Porto
Universidade Católica Portuguesa

Irene Maria da Silva Oliveira, Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontra-se a realizar uma pesquisa inserida no Curso de Doutoramento em Enfermagem do ICS/ UCP, subordinada ao tema “Serviço-Escola: um Projeto para o Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem”, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Vieira.

Encontrando-se numa fase inicial do trabalho de campo, está a realizar entrevistas exploratórias no sentido de obter informações relativas ao protocolo estabelecido entre o Centro Regional do Porto da UCP e a Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP). Neste contexto, vem solicitar a autorização para a realização duma entrevista áudio-gravada a Vossa Exa. com os seguintes objetivos:

- Obter a visão do Presidente do CRP acerca do protocolo com a SCMP;
- Identificar as consequências verificadas ao nível do CRP e, especificamente, ao nível do ICS;
- Identificar as expectativas quanto ao desenvolvimento desejado para o protocolo para o CRP em geral e, especificamente, para o ICS.

A duração prevista para a entrevista será de 30 a 40 minutos.

Agradece desde já toda a atenção que possa dispensar ao seu pedido, aguardando a resposta.

Com cumprimentos da maior consideração

Porto, 20 de Junho de 2010

(Irene Maria da Silva Oliveira)

Ao Exmo. Sr. Professor Responsável (pelos Alunos
Do Ensino Clínico B no Hospital da Prelada)
Do Instituto de Ciências da Saúde - Porto
Da Universidade Católica Portuguesa

Irene Maria da Silva Oliveira, Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontra-se a realizar uma pesquisa inserida no Curso de Doutoramento em Enfermagem do ICS/ UCP, subordinada ao tema “Serviço-Escola: um Projeto para o Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem”, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Vieira.

Encontrando-se numa fase inicial do trabalho de campo, está a realizar entrevistas exploratórias no sentido de obter informações relativas à forma como decorreu o Ensino Clínico B no Hospital da Prelada no ano letivo de 2009-2010. Neste contexto, vem solicitar a autorização para a realização duma entrevista áudio-gravada com os seguintes objetivos:

- Obter informações acerca da forma como decorreu o EC no ano letivo em curso;
- Obter a visão do professor acerca da implementação do projeto Serviço-Escola;
- Identificar dificuldades, constrangimentos, mudanças decorrentes da implementação;
- Esclarecer algumas questões identificadas no decurso do ano letivo.

A duração prevista para a entrevista será de 40 a 50 minutos.

Agradece desde já toda a atenção que possa dispensar ao seu pedido, aguardando a resposta.

Com cumprimentos da maior consideração

Porto, 25 de Junho de 2010

(Irene Maria da Silva Oliveira)

Às Exmas. Sras. Professoras Regentes
Do Ensinos Clínico A e do Ensino Clínico B
Do Instituto de Ciências da Saúde - Porto
Da Universidade Católica Portuguesa

Irene Maria da Silva Oliveira, Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontra-se a realizar uma pesquisa inserida no Curso de Doutoramento em Enfermagem do ICS/ UCP, subordinada ao tema “Serviço-Escola: um Projeto para o Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem”, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Vieira.

Encontrando-se numa fase inicial do trabalho de campo, está a realizar entrevistas exploratórias no sentido de obter informações relativas à forma como decorreram os Ensinos Clínicos no Hospital da Prelada no ano letivo de 2009-2010. Neste contexto, vem solicitar a autorização para a realização duma entrevista áudio-gravada com os seguintes objetivos:

- Obter informações acerca da forma como decorreu o EC no ano letivo em curso;
- Obter a visão da regente acerca da implementação do projeto Serviço-Escola;
- Identificar dificuldades, constrangimentos, mudanças decorrentes da implementação;
- Esclarecer algumas questões identificadas no decurso do ano letivo.

A duração prevista para a entrevista será de 30 a 40 minutos.

Agradece desde já toda a atenção que possa dispensar ao seu pedido, aguardando a resposta.

Com cumprimentos da maior consideração

Porto, 25 de Junho de 2010

(Irene Maria da Silva Oliveira)

Exma. Senhora
Enfermeira Geral
Hospital da Prelada
Rua Sarmento Beires, 153
4251-901 Porto

Irene Maria da Silva Oliveira, Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontra-se a realizar uma pesquisa inserida no Curso de Doutoramento em Enfermagem do ICS/ UCP, subordinada ao tema “Serviço-Escola: um Projeto para o Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem”, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Vieira.

Encontrando-se numa fase inicial do trabalho de campo, está a realizar entrevistas exploratórias no sentido de obter informações relativas ao protocolo estabelecido entre o Centro Regional do Porto (CRP) da UCP e a Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP). Neste contexto, vem solicitar a autorização para a realização duma entrevista áudio-gravada a Vossa Exa. com os seguintes objetivos:

- Obter a opinião geral acerca da assinatura do protocolo entre a SCMP e o CRP;
- Identificar o interesse do protocolo para o Hospital da Prelada, mais concretamente, para os Enfermeiros;
- Conhecer a visão da Enfermeira Geral acerca do projeto Serviço-Escola e da sua implementação no Hospital da Prelada.

A duração prevista para a entrevista será de 40 a 45 minutos.

Agradece desde já toda a atenção que possa dispensar ao seu pedido, aguardando a resposta.

Com cumprimentos da maior consideração

Porto, 07 de Outubro de 2010

(Irene Maria da Silva Oliveira)

Exmo. Senhor
Diretor Clínico
Hospital da Prelada
Rua Sarmento Beires, 153
4251-901 Porto

Irene Maria da Silva Oliveira, Professora do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), encontra-se a realizar uma pesquisa inserida no Curso de Doutoramento em Enfermagem do ICS/UCP, subordinada ao tema “Serviço-Escola: um Projeto para o Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem”, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Vieira.

Encontrando-se numa fase inicial do trabalho de campo, está a realizar entrevistas exploratórias no sentido de obter informações relativas ao protocolo estabelecido entre o Centro Regional do Porto (CRP) da UCP e a Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP). Neste contexto, vem solicitar a autorização para a realização duma entrevista áudio-gravada a Vossa Exa. com os seguintes objetivos:

- Obter a visão do Diretor Clínico do Hospital da Prelada acerca do protocolo assinado entre o CRP e a SCMP;
- Identificar as consequências verificadas ao nível do Hospital da Prelada decorrentes da assinatura do referido protocolo;
- Identificar as expectativas quanto ao desenvolvimento desejado para o protocolo, especificamente, ao nível das relações entre o Hospital da Prelada e o ICS;

A duração prevista para a entrevista será de 30 a 40 minutos.

Agradece desde já toda a atenção que possa dispensar ao seu pedido, aguardando a resposta.

Com cumprimentos da maior consideração

Porto, 19 de Outubro de 2010

(Irene Maria da Silva Oliveira)

2. Pedidos Autorização para Observação dos CPC



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Exma. Senhora
Enfermeira Geral
Hospital da Prelada
Rua de sarmento Beires, 153
4250-449 PORTO

Vª Ref

Nª Ref: 001/ 2011 2 de Janeiro de 2011

Assunto: Pedido de colaboração

No âmbito do protocolo entre a Santa Casa da Misericórdia do Porto e o Centro Regional do Porto da UCP, foi iniciada uma nova forma de colaboração entre o Hospital da Prelada e o Instituto de Ciências da Saúde.

Tratando-se de um projecto educativo que introduz alterações na forma de orientação dos alunos e do acompanhamento por parte dos professores, interessa-nos proceder à observação e avaliação das suas necessidades de aprendizagem, de forma sistemática e objectiva, pelo que planeamos um período de observação das actividades, a realizar por dois professores/investigadores, até ao fim do semestre em curso.

Neste contexto, vimos solicitar a vossa melhor colaboração, para que dois professores possam permanecer nos serviços onde os alunos estagiam, sem interferência nas actividades do serviço.

O processo de avaliação é coordenado pela Prof. Irene Oliveira, que informará do calendário de permanência no serviço, a partir do dia 6 de Janeiro.

Com os melhores cumprimentos, agradecemos desde já toda a colaboração dispensada.

A Coordenadora da Unidade de Ensino de Enfermagem
/



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Exma. Senhora
Enfermeira Geral
Hospital da Prelada
Rua de sarmento Beires, 153
4250-449 PORTO

Vª Ref

Nª Ref: 056/ 2011 07 de Março de 2011

Assunto: Pedido de colaboração

Na continuidade da colaboração entre o Hospital da Prelada e o Instituto de Ciências da Saúde que temos vindo a desenvolver, venho renovar o pedido de colaboração para a continuação do trabalho de avaliação iniciado em Janeiro (cf. n/ of. 001/2011).

A observação e avaliação das necessidades de aprendizagem dos alunos, de forma sistemática e objectiva, permitir-nos-á avaliar o processo educativo em curso e introduzir alterações que venham a ser julgadas necessárias por todos os intervenientes.

Neste contexto, vimos solicitar a vossa melhor colaboração para que dois investigadores possam permanecer nos serviços onde os alunos estagiam, sem interferência nas actividades do serviço.

O processo de avaliação continua a ser coordenado pela Prof. Irene Oliveira, que informará do calendário de permanência nos serviços, a partir do dia 14 de Março e poderá esclarecer quaisquer outros aspectos considerados relevantes.

Com os melhores cumprimentos, agradecemos desde já toda a colaboração dispensada.

A Coordenadora da Unidade de Ensino de Enfermagem

3. Pedidos Autorização Entrevistas Enfermeiros Chefes e Lançamento de Questionários aos Enfermeiros e Autorizações

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital da Prelada
Rua Sarmento Beires, 153
4251-901 Porto

Assunto: Pedido de Autorização

Irene Maria da Silva Oliveira, docente do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e aluna de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP), estando a realizar trabalho de investigação no âmbito dos Modelos de Educação em Ensino Clínico, orientado pela Professora Doutora Margarida Vieira, vem solicitar a Vossa Exa. autorização para a realização de entrevistas semiestruturadas aos Enfermeiros que chefiaram os Serviços onde os Estudantes de Enfermagem (EE) do ICS/UCP realizaram os Ensinos Clínicos A e B no ano letivo 2010-2011, assim como, a realização de questionário *online* (ver Anexo) aos Enfermeiros que trabalham nos Serviços em causa: Medicina Física e Reabilitação, Cirurgia Plástica, Ortopedia Piso 4, Ortopedia Piso 5, Cirurgia Geral e Urologia.

Com o lançamento dos instrumentos de colheita de dados mencionados (entrevista e questionário) pretendemos conhecer respetivamente: a visão geral dos Enfermeiros Chefes relativamente à presença de EE do ICS/UCP a realizarem os Ensinos Clínicos A e B no Hospital, assim como, a sua perceção relativamente ao desenvolvimento dos mesmos no respetivo Serviço; explorar as perceções e expectativas dos Enfermeiros dos Serviços em causa acerca da sua formação pessoal e profissional e da sua participação na formação dos EE.

De acordo com o exposto no primeiro parágrafo, os Enfermeiros Chefes que pretendemos entrevistar são: Enfermeira Ana Isabel Campos, Enfermeira Graça Alves, Enfermeiro Rui Guerra, Enfermeira Filomena Maia, Enfermeira Marta Figueiredo e Enfermeira Alcina Ferreira. Todos os elementos do Hospital da Prelada que venham a participar serão informados do âmbito do estudo, assim como dos respetivos objetivos, sendo assegurada a sua participação voluntária e consentida, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos.

Pelo exposto a requerente fica a aguardar resposta de Vossa Exa., encontrando-se disponível para prestar qualquer outro esclarecimento caso entenda necessário.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 20 de Junho de 2011

Irene Maria da Silva Oliveira

Irene Oliveira

From: @hospitaldaprelada.pt>
Sent: quarta-feira, 13 de Julho de 2011 16:14
To: Irene Oliveira
Cc:
Subject: Autorização de Entrevistas

Follow Up Flag: Follow up
Flag Status: Flagged

Ex.ma Senhora
Dr.ª Irene Mª da Silva Oliveira,

Temos o prazer de informá-la que o pedido de realização de entrevistas a Enfermeiros deste Hospital foi autorizado. Deverá coordenar a realização das mesmas com o serviço de Coordenação de Enfermagem do Hospital, cujos contactos são os seguintes: tel. geral do Hospital: 228330600, ext. 4752/5.

Os meus cumprimentos,

(Núcleo de Formação do Hospital da Prelada)

4. Pedido de Autorização SIGIQ/UCP

Exma. Diretora
Serviço de Garantia Interna da Qualidade
Centro Regional do Porto
Universidade Católica Portuguesa

Assunto: Pedido de Autorização

Irene Maria da Silva Oliveira, docente do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e aluna de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP), estando a realizar trabalho de investigação no âmbito dos Modelos de Educação em Ensino Clínico, mais concretamente, a implementação do Modelo Serviço-Escola no Hospital da Prelada, orientado pela Professora Doutora Margarida Vieira, vem solicitar autorização para a consulta de dados relativos à avaliação realizada pelos alunos dos Ensinos Clínicos A (2º semestre) e B (1º e 2º semestres) nos anos letivos 2009-2010 e 2010-2011.

Através da consulta dos dados referidos pretendemos obter informações acerca das avaliações feitas pelos alunos quanto aos Serviços do Hospital da Prelada (Medicina Física e Reabilitação, Cirurgia Plástica, Ortopedia Piso 4, Ortopedia Piso 5 e Cirurgia Geral e Urologia), assim como, relativamente aos Orientadores que realizaram a supervisão nos Serviços e períodos referidos.

Pelo exposto a requerente fica a aguardar resposta, encontrando-se disponível para prestar qualquer outro esclarecimento caso entenda necessário.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 15 de Julho de 2011

Irene Maria da Silva Oliveira

ANEXO IV
Guiões Entrevistas Informantes Chave

Anexo IV – Itens

- 1. Coordenadora da Unidade de Ensino de Enfermagem**
- 2. Presidente do CRP da UCP**
- 3. Regente EC B**
- 4. Professor EC B**
- 5. Regente e Professor EC A**
- 6. Diretor Clínico do HP**
- 7. Enfermeira Geral do HP**

1.Guião de Entrevista Coordenadora da Unidade de Ensino de Enfermagem

Objetivo de entrevista:

- Obter a opinião geral acerca da assinatura do protocolo entre a SCMP e o CRP;
- Identificar o interesse do protocolo para o ICS e, concretamente, para o EE;
- Identificar os objetivos da implementação do projeto SE;
- Conhecer as previsões da coordenadora acerca da implementação do projeto;
- Identificar o ponto de situação em relação ao projeto;
- Esclarecer questões concretas relacionadas com a implementação

QUESTÕES

- 1- O que constituiu para si, como coordenadora, a assinatura do protocolo?
- 2- Qual o interesse para o ICS e, mais concretamente, para o EE do referido protocolo?
- 3 – Como surgiu a ideia do projeto SE e quais os seus objetivos?
- 4- Quais as razões para a escolha do HP para a implementação do projeto?
- 5 – Quais as fases de implementação do projeto e em que fase se encontra agora?
- 6- Quais os resultados obtidos até ao momento, decorrentes do projeto?
- 7- Quais as previsões gerais e em termos de resultados acerca do projeto SE?
- 8 – Questões relacionadas com a implementação concreta do projeto:
 - a) – Serviços em que vai ser implementado o projeto? Razões?
 - b)- Subsídio de função – Quem atribui? Como é calculado? Qual a participação do ICS?
 - c) - Orientadores - Qual a participação do ICS na seleção? Critérios?
 - Formação prevista?
 - Qual deve ser a participação dos orientadores nas OT?
 - d) – Supervisão em simultâneo com prestação direta de cuidados – o que pensa?
 - e)- Qual o papel do professor e o rácio professor/aluno pretendido?
 - f)- Outros: constrangimentos, dificuldades, recuos, avanços

2.Guião de entrevista Presidente do CRP da UCP

Objetivos de entrevista:

- Obter a visão do Presidente do CRP acerca do protocolo com a SCMP;
- Identificar as consequências verificadas ao nível do CRP e, especificamente, ao nível do ICS;
- Identificar as expectativas quanto ao desenvolvimento desejado para o protocolo para o CRP em geral e, especificamente, para o ICS;
- Conhecer a visão do Presidente do CRP acerca da implementação do projeto Serviço-Escola.

QUESTÕES

- 1- Quais as razões conducentes à assinatura do protocolo entre o CRP e SCMP?
- 2 – Quais as consequências concretas do protocolo verificadas no CRP e, especificamente, ao nível do ICS?
- 3- Quais as expectativas, ou qual o desenvolvimento desejado/esperado do protocolo no CRP, sobretudo, para a área da Saúde?
- 4- Qual a visão que tem sobre o projeto SE e o que espera dele?

3. Guião de Entrevista Regente EC B

Objetivos da entrevista:

- Obter informações acerca da implementação do SE quanto ao EC B no HP;
- Obter a visão do professor acerca da implementação do projeto;
- Identificar dificuldades, constrangimentos, mudanças decorrentes da implementação;
- Esclarecer algumas questões identificadas no decurso do ano letivo.

QUESTÕES

1- Qual o conhecimento que tem acerca do modelo SE (em teoria)? O que sabe acerca dele?

2 - Qual a sua opinião geral acerca da implementação deste modelo no HP? Quais as mudanças verificadas? Quais as vantagens ou aspetos positivos? Quais as desvantagens, dificuldades, constrangimentos?

3 – Se existiu cumprimento por parte do HP e da Escola relativamente ao estabelecido no início do ano letivo?

4- O que pensa sobre o facto dos orientadores clínicos terem doentes atribuídos em simultâneo com a supervisão de alunos? Qual o impacto? Considera que as funções de supervisão se mantêm em qualquer circunstância (n.º de doentes)?

5- Quais as consequências dos alunos ficarem c/ os doentes atribuídos ao orientador?

6- Como foram seleccionados os orientadores? E Qual a participação da Escola na seleção? Como considera que deveria ser? Sente que estão preparados para a função?

7- O que pensa acerca da rotatividade dos orientadores? Que implicações considera ter na aquisição de competências por parte dos alunos?

8- Se existiram dificuldades identificadas quanto à supervisão realizada pelos orientadores (acompanhamento dos alunos, falhas, lacunas...)?

9- Relativamente às OT - Qual a situação atual, em relação à distribuição das mesmas? Que consequências (n.º alunos em OT para o professor)? Como considera que deveria ser?

10- Quais as previsões gerais para o próximo ano letivo (alterações previstas, etc.)? Quais as sugestões?

4.Guião de Entrevista Professor EC B

Objetivos da entrevista:

- Obter informações acerca da implementação do SE quanto ao EC B no HP;
- Obter a visão do professor acerca da implementação do projeto;
- Identificar dificuldades, constrangimentos, mudanças decorrentes da implementação;
- Esclarecer algumas questões identificadas no semestre anterior.

QUESTÕES

1- Qual o conhecimento que tem acerca do modelo SE (em teoria)? O que sabe acerca dele?

2 - Qual a sua opinião geral acerca da implementação deste modelo no HP? Quais as mudanças verificadas? Quais as vantagens ou aspetos positivos? Quais as desvantagens, dificuldades, constrangimentos?

3- O que pensa sobre o facto dos orientadores clínicos terem doentes atribuídos em simultâneo com a supervisão de alunos? Qual o impacto? Considera que as funções de supervisão se mantêm em qualquer circunstância (n.º de doentes)?

4- Quais as consequências dos alunos ficarem c/ os doentes atribuídos ao orientador?

5- Como foram seleccionados os orientadores? Qual a participação da Escola na seleção dos orientadores? Como considera que deveria ser? Sente que estão preparados para a função?

6- O que pensa acerca da rotatividade dos orientadores? Que implicações considera ter na aquisição de competências por parte dos alunos?

7- Relativamente às OT realizadas pelo professor - Qual a situação atual? Que consequências (n.º alunos em OT)? Como considera que deveriam ser, não só em relação ao professor, mas também, em relação à participação dos orientadores?

8- Quanto às classificações dos alunos - Qual o seu papel no contexto do EC B no HP? Que dificuldades (n.º de alunos a seu cargo, mudança de papel)? Razões?

9- Esclarecimento relativamente a aspetos que referiu no final do 1º Semestre

a) “Verificou-se uma maior abertura por parte dos orientadores” – Ao que é que se está a referir? Quantas situações se verificaram?

b) “Os orientadores do Serviço 5 são aqueles em que mais tenho confiança” – Porquê?

c) “Há um acompanhamento das práticas, mas não é um acompanhamento integral...”- É geral? Quantificar? Explicitar e Justificar? Consequências? Como deveria ser o acompanhamento?

d) “Não é dada liberdade aos alunos para refletirem” – Ao que é que se está a referir? Quais e quantas situações? Quais as razões?

e) “Verifica-se que nem sempre a UCP é posta ao corrente de tudo o que se passa com os alunos” – Ao que se está a referir? Quantas vezes? Razões? Consequências?

10- Quais as previsões para o próximo ano letivo (alterações previstas, etc.)? Quais as sugestões?

5.Guião de Entrevista Regente e Professor EC A

Objetivos da entrevista:

- Obter informações acerca da implementação do SE quanto ao EC A no HP;
- Obter a visão do professor acerca da implementação do projeto;
- Identificar dificuldades, constrangimentos, mudanças decorrentes da implementação;
- Esclarecer algumas questões identificadas no decurso do ano letivo.

QUESTÕES

1- Qual o conhecimento que tem acerca do modelo SE (em teoria)? O que sabe acerca dele?

2 - Qual a sua opinião geral acerca da implementação deste modelo no HP? Quais as mudanças verificadas? Quais as vantagens ou aspetos positivos? Quais as desvantagens, dificuldades, constrangimentos?

3 – Se existiu cumprimento por parte do HP e da Escola relativamente ao estabelecido no início do ano letivo?

4- O que pensa sobre o facto dos orientadores clínicos terem doentes atribuídos em simultâneo com a supervisão de EE? Qual o impacto? Considera que as funções de supervisão se mantêm em qualquer circunstância (n.º de doentes)?

5- Quais as consequências dos alunos ficarem c/ os doentes atribuídos ao orientador?

6- Como foram seleccionados os orientadores? E Qual a participação da Escola na seleção? Como considera que deveria ser?

7- O que pensa acerca da rotatividade dos orientadores? Que implicações considera ter na aquisição de competências por parte dos alunos?

8- Sente que os orientadores estão preparados para a função de supervisão? Existiram dificuldades identificadas quanto à supervisão realizada pelos orientadores? Quais? (acompanhamento dos alunos, falhas, lacunas...)?

9 – Em relação às OT, se os orientadores puderam participar e em que percentagem das mesmas? Aspetos positivos / negativos? Concorda com a atual distribuição de horas?

10- Quanto á atribuição das classificações dos alunos – qual a visão do papel do professor no contexto do EC A no HP? Que dificuldades (n.º de alunos a seu cargo ...)?

Razões? Relativamente ao papel desempenhado pelos orientadores (visão, dificuldades detetadas, constrangimentos)

11- Quais as previsões para o próximo ano letivo (alterações previstas, etc.)?
Quais as sugestões?

6.Guião de Entrevista Diretor Clínico do HP

Objetivo de entrevista:

- Obter a visão do Diretor Clínico do Hospital da Prelada (HP) acerca do protocolo assinado entre o Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa e a Santa Casa da Misericórdia do Porto;
- Identificar as consequências verificadas ao nível do Hospital da Prelada decorrentes da assinatura do referido protocolo;
- Identificar as expectativas quanto ao desenvolvimento desejado para o protocolo, especificamente, ao nível das relações entre o Hospital da Prelada e o Instituto de Ciências da Saúde;
- Conhecer a visão do Diretor Clínico acerca da implementação do projeto Serviço-Escola.

QUESTÕES

- 1- Como Diretor Clínico do HP, o que constituiu para si a assinatura do protocolo entre o CRP e a SCMP (sobretudo no que ao HP diz respeito)?
- 2- Quais as consequências e impacto concretos verificados para o HP até ao momento?
- 3 – Quais as expectativas, em termos do impacto previsto no futuro para a HP? O que deseja alcançar, sobretudo, em termos da relação interinstitucional? O que espera da parte da UCP e do ICS?
- 4- Qual a visão sobre o projeto SE e o que espera dele?
- 5- Atualmente, no que respeita aos enfermeiros que colaboram na orientação de EE em EC, quais as contrapartidas? Subsídio de função (como é calculado)? Devem existir outro tipo de compensações?
- 6 – Outros aspetos que considera pertinentes abordar...

7. Guião de Entrevista Enfermeira Geral HP

Objetivo de entrevista:

- Obter a opinião geral acerca da assinatura do protocolo entre a SCMP e o CRP;
- Identificar o interesse do protocolo para o HP e, concretamente, para os Enfermeiros;
- Conhecer a visão da EG acerca do projeto SE e da sua implementação;
- Conhecer as previsões da EG acerca do projeto;
- Obter esclarecimento acerca de aspetos concretos relacionados com a implementação do projeto SE

QUESTÕES

- 1- O que constituiu para si, como EG, a assinatura do protocolo?
- 2- Qual o interesse para o HP e, mais concretamente, para os Enfermeiros do referido protocolo?
- 3 – Qual a visão que tem acerca do projeto SE? Opinião acerca da sua implementação e da fase em se encontra, em termos de resultados, vantagens, desvantagens, dificuldades, avanços, recuos? Quais as expectativas (resultados, proveitos para o HP e enfermeiros)?
- 4- Quanto à implementação concreta do projeto:
 - a) Quais as características que considera essenciais no enfermeiro para que possa orientar alunos em prática clínica e que requisitos deve cumprir (ex. formação)?
 - b) Quais as etapas e critérios para a seleção dos orientadores atuais e, neste aspeto, qual deve ser o papel do ICS e o papel do HP?
 - c) Compensações para os orientadores (subsídio de função - cálculo, outras)?
 - d) Qual deve ser o papel do HP relativamente à orientação de alunos? E do ICS?
 - e) Qual a opinião acerca da supervisão em simultâneo com prestação direta de cuidados? Vantagens, desvantagens?
 - f) Qual a opinião acerca da participação dos orientadores nas OT?
 - g) Outros assuntos que considere pertinentes

ANEXO V

Lista de Categorias Análise NVivo Entrevistas Informantes Chave

Anexo V – Itens

- 1. Categorias Análise Coordenadora da Unidade de Ensino de Enfermagem**
- 2. Categorias Análise Presidente do CRP da UCP**
- 3. Categorias Análise Regente EC B**
- 4. Categorias Análise Professor EC B**
- 5. Categorias Análise Regente e Professor EC A**
- 6. Categorias Análise Diretor Clínico do HP**
- 7. Categorias Análise Enfermeira Geral do HP**

1. Categorias Análise Coordenadora da Unidade de Ensino de Enfermagem

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA CUEE

Typ	Name	Memo Link	Sources	References
Tre	Opinião geral protocolo		1	2
Tree Node	Importância para ICS			1
Tree Node	Disponibilidade locais ECL			
Tree Node	Importância relações pessoais			1
Tre	Serviço-Escola		1	14
Tree Node	Motivos			0
Tree Node	Legislação			
Tree Node	Necessidade colaboração enfermeiros			
Tree Node	Gap Teoria-Prática			
Tree Node	Ligação Escola-Serviço			
Tree Node	Disponibilidade locais ECL			
Tree Node	Implementação			0
Tree Node	Dificuldades			
Tree Node	Não envolvimento enfermeiros			
Tree Node	Falta de comunicação			
Tree Node	Filosofia trabalho HP			
Tree Node	Incompatibilidae funções			
Tree Node	Status Quo			
Tree Node	Fases de implementação			
Tree Node	Sensibilização			
Tree Node	Formação			
Tree Node	Seleccção			
Tree Node	Diagnóstico Situação			
Tree Node	Promoção investigação			
Tree Node	Avaliação resultados			
Tree Node	Número de fases			
Tree Node	Resultados			
Tree Node	Disponibilidade locais ECL			
Tree Node	Identificação de interessados			
Tree Node	Seleccção de orientadores			
Tree Node	Realização das OT			
Tree Node	Supervisão EE com Prestação Cuidados			
Tree Node	Enfermeiro orientador- prestador			
Tree Node	Ajustar Rácios			
Tree Node	Autonomia tomada decisão			

ENTREVISTA EXPLORATORIA CUEE

Created On	Created By	Modified On
28-10-2010 12:05	IM	28-10-2010 13:13
6	28-10-2010 12:11	IM
1	3	11-11-2010 12:35
1	11-11-2010 12:25	IM
28-10-2010 14:59	IM	28-10-2010 17:56
0	11-11-2010 12:50	IM
1	2	11-11-2010 12:51
1	1	11-11-2010 12:52
1	2	11-11-2010 12:54
1	3	11-11-2010 12:57
1	1	11-11-2010 13:00
0	11-11-2010 15:30	IM
1	7	11-11-2010 15:31
	1	1
	1	1
	1	1
	1	4
	1	1
1	12	11-11-2010 15:31
	1	2
	1	5
	1	6
	1	2
	1	1
	1	4
	1	5
1	6	11-11-2010 15:32
	1	3
	1	2
1	7	11-11-2010 15:32
1	2	11-11-2010 15:33
1	12	11-11-2010 15:33
	1	5
	1	7
	1	2

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA CUEE

Modified By
IM

28-10-2010 17:38

IM

IM

11-11-2010 12:38

IM

11-11-2010 12:26

IM

IM

11-11-2010 12:50

IM

IM

11-11-2010 12:46

IM

IM

11-11-2010 12:54

IM

IM

11-11-2010 12:59

IM

IM

11-11-2010 12:59

IM

IM

11-11-2010 13:01

IM

11-11-2010 15:30

IM

IM

11-11-2010 15:46

IM

11-11-2010 15:38

IM

11-11-2010 15:39

IM

11-11-2010 15:40

IM

11-11-2010 15:40

IM

11-11-2010 15:41

IM

11-11-2010 15:42

IM

11-11-2010 15:47

IM

11-11-2010 16:51

IM

11-11-2010 16:30

IM

11-11-2010 16:32

IM

IM

28-10-2010 17:10

IM

11-11-2010 15:51

IM

11-11-2010 15:54

IM

11-11-2010 15:51

IM

11-11-2010 16:36

IM

11-11-2010 15:52

IM

11-11-2010 16:02

IM

11-11-2010 15:54

IM

11-11-2010 16:03

IM

11-11-2010 15:58

IM

11-11-2010 16:00

IM

11-11-2010 15:58

IM

11-11-2010 16:14

IM

11-11-2010 16:06

IM

11-11-2010 16:11

IM

IM

28-10-2010 16:23

IM

11-11-2010 16:18

IM

11-11-2010 16:34

IM

11-11-2010 16:20

IM

11-11-2010 16:33

IM

IM

28-10-2010 17:06

IM

IM

28-10-2010 17:15

IM

IM

28-10-2010 17:27

IM

11-11-2010 16:45

IM

11-11-2010 16:52

IM

11-11-2010 16:47

IM

11-11-2010 16:55

IM

11-11-2010 16:49

IM

11-11-2010 16:52

IM

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA CUEE

Tree Node	Motivos Escolha do HP	1
Tree Node	Filosofia Instituição	
Tree Node	Receptividade do HP	
Tree Node	Referência Ensino	
Tree Node	Acreditação	
Tree Node	Motivos escolha serviços	1
Tree Node	Motivação e Interesse	
Tree Node	Envolvimento	
Tree Node	Hipótese doutros locais	1

ENTREVISTA EXPLORATORIA CUEE

7	28-10-2010 15:03	IM
1	1	11-11-2010 13:03
1	1	11-11-2010 13:04
1	2	11-11-2010 13:06
1	1	11-11-2010 13:08
3	11-11-2010 13:10	IM
1	3	11-11-2010 15:35
1	1	11-11-2010 15:36
1	11-11-2010 15:43	IM

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA CUEE

28-10-2010 17:59 IM

IM 11-11-2010 13:04 IM

IM 11-11-2010 13:05 IM

IM 11-11-2010 13:07 IM

IM 11-11-2010 13:08 IM

28-10-2010 17:10 IM

IM 11-11-2010 16:15 IM

IM 11-11-2010 16:15 IM

11-11-2010 15:44 IM

2. Categorias Análise Presidente do CRP da UCP

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA PRESIDENTE CRP/UCP

Typ	Name	Me	Sources	References	Created On
Tre	Razões do Protocolo	1		4	16-11-2010 12:16
Tre	Consequências do Protocolo	1		4	16-11-2010 12:21
Tre	O Protocolo na área Saúde	1		1	16-11-2010 12:25
Tre	Expectativas	1		15	16-11-2010 12:28
Tre	Serviço-Escola	1		5	16-11-2010 12:37

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA PRESIDENTE CRP/UCP

Created By	Modified On	Modified By
IM	16-11-2010 12:19	IM
IM	16-11-2010 12:25	IM
IM	16-11-2010 12:27	IM
IM	16-11-2010 12:36	IM
IM	16-11-2010 12:39	IM

3. Categorias Análise Regente EC B

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA REGENTE EC B

Typ	Name	Memo Link	Sources	References
Tre	Serviço-Escola		0	0
	Tree Node	Conhecimento sobre		1
	Tree Node	No Hospital da Prelada		1
		Tree Node	Aspectos positivos	
		Tree Node	Aspectos negativos	
		Tree Node	Previsões	
		Tree Node	Sugestões	
Tre	Seleção Orientadores		1	10
Tre	Supervisão EE com Prestação de Cuidados		1	2
Tre	EEcom dontes atribuídos ao orientador		1	3
Tre	Rotatividade orientadores		1	2
Tre	Realização de OT		1	3

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA REGENTE EC B

Created On	Created By	Modified On
15-11-2010 11:38	IM	15-11-2010 11:38
4	15-11-2010 11:39	IM
2	15-11-2010 11:42	IM
0	0	15-11-2010 12:22
1	8	15-11-2010 11:48
1	3	15-11-2010 12:22
1	3	15-11-2010 12:22
15-11-2010 11:50	IM	15-11-2010 12:26
15-11-2010 12:01	IM	15-11-2010 12:03
15-11-2010 12:04	IM	15-11-2010 12:10
15-11-2010 12:12	IM	15-11-2010 12:13
15-11-2010 12:17	IM	15-11-2010 12:20

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA REGENTE EC B

Modified By
IM

15-11-2010 11:42	IM
15-11-2010 11:49	IM

IM	15-11-2010 12:22	IM
IM	15-11-2010 12:20	IM
IM	15-11-2010 12:24	IM
IM	15-11-2010 12:27	IM

IM
IM
IM
IM
IM

4. Categorias Análise Professor EC B

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA PROFESSOR EC B

Typ	Name	Memo Link	Sources	References
Tre	Modelo SE		0	0
Tree Node	Conhecimento sobre			1
	Tree Node	Aquisição competências EE		
	Tree Node	Filosofia comum		
	Tree Node	Competências formativas		
	Tree Node	Rácio enfermeiro-estudantes		
Tree Node	No Hospital da Prelada			1
	Tree Node	Aspectos positivos		
	Tree Node	Aspectos negativos		
	Tree Node	Sugestões		
Tre	Supervisão EE com Prestação de Cuidados		1	10
Tre	EE com doentes atribuídos ao Orientador		1	6
Tre	Seleção de orientadores		1	8
Tre	Rotatividade Orientadores		1	3
Tre	Realização das OT		1	10
Tre	Função do Professor		1	12

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA PROFESSOR EC B

Created On	Created By	Modified On
02-11-2010 10:08	IM	02-11-2010 10:08
5	02-11-2010 10:09	IM
1	1	15-11-2010 10:59
1	3	15-11-2010 11:02
1	1	15-11-2010 11:04
1	2	15-11-2010 11:04
7	02-11-2010 10:13	IM
1	3	02-11-2010 10:32
1	21	02-11-2010 10:36
1	4	02-11-2010 11:53
02-11-2010 10:41	IM	02-11-2010 11:40
02-11-2010 10:46	IM	02-11-2010 10:51
02-11-2010 10:56	IM	02-11-2010 11:44
02-11-2010 11:01	IM	02-11-2010 11:03
02-11-2010 11:03	IM	02-11-2010 11:31
02-11-2010 11:12	IM	02-11-2010 11:45

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA PROFESSOR EC B

Modified By
IM

02-11-2010 10:18	IM
------------------	----

IM	15-11-2010 11:01	IM
IM	15-11-2010 11:06	IM
IM	15-11-2010 11:04	IM
IM	15-11-2010 11:06	IM

02-11-2010 10:32	IM
------------------	----

IM	02-11-2010 10:34	IM
IM	02-11-2010 11:53	IM
IM	02-11-2010 11:55	IM

IM
IM
IM
IM
IM
IM

5. Categorias Análise Regente e Professor EC A

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA REGENTE E PROFESSOR EC A

Typ	Name	Memo Link	Sources	References
Tre	Serviço-Escola		0	0
Tre	Supervisão de EE com Prestação de Cuidados		1	9
Tre	EE com doentes atribuídos ao orientador		1	3
Tre	Seleção Orientadores		1	3
Tre	Rotatividade de Orientadores		1	2
Tre	Realização das OT		1	1

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA REGENTE E PROFESSOR EC A

Modified By
IM
IM
IM
IM
IM

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA REGENTE E PROFESSOR EC A

Created On	Created By	Modified On
16-11-2010 9:55	IM	16-11-2010 9:55
16-11-2010 10:07	IM	16-11-2010 10:42
16-11-2010 10:10	IM	16-11-2010 10:31
16-11-2010 10:11	IM	16-11-2010 10:30
16-11-2010 10:26	IM	16-11-2010 10:28
16-11-2010 10:31	IM	16-11-2010 10:32

6. Categorias Análise Diretor Clínico do HP

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA DIRETOR CLÍNICO HP

Typ	Name	Me	Sources	References
Tre	Razões do Protocolo	1		5
Tre	Consequências do Protoc	1		4
Tre	Serviço-Escola	1		2
Tre	Expectativas	1		7
Tre	Contrapartidas	1		3

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA DIRETOR CLÍNICO HP

Created On	Created By	Modified On	Modified By
16-11-2010 12:52	IM	16-11-2010 12:57	IM
16-11-2010 12:53	IM	16-11-2010 12:55	IM
16-11-2010 12:55	IM	16-11-2010 12:59	IM
16-11-2010 12:56	IM	16-11-2010 13:12	IM
16-11-2010 13:00	IM	16-11-2010 13:02	IM

7. Categorias Análise Enfermeira Geral do HP

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA ENFERMEIRA GERAL HP

Typ	Name	Memo Link	Sources	References
Tre	Opinião geral protocolo		0	0
Tre	Dificuldades		0	0
Tre	Resultados		1	2
Tre	Serviço-Escola		1	1
Tre	Seleção de Orientadores		1	8
Tre	Contrapartidas		1	5
Tre	Supervisão de EE com Prestação de Cuid		1	11
Tre	Realização das OT		1	2
Tre	Expectativas		1	7

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA ENFERMEIRA GERAL HP

Created On	Created By	Modified On
18-11-2010 15:53	IM	18-11-2010 15:53
18-11-2010 16:42	IM	18-11-2010 16:42
18-11-2010 16:07	IM	18-11-2010 16:09
18-11-2010 16:09	IM	18-11-2010 16:09
18-11-2010 16:10	IM	18-11-2010 16:16
18-11-2010 16:19	IM	18-11-2010 16:47
18-11-2010 16:23	IM	18-11-2010 16:31
18-11-2010 16:32	IM	18-11-2010 16:33
18-11-2010 16:40	IM	18-11-2010 16:49

ANEXO VI

Grelhas de Observação dos Contextos da Prática Clínica

Anexo VI – Itens

- 1. Grelha de Observação do Contexto de Prática Clínica do EC B**
- 2. Grelha de Observação do Contexto de Prática Clínica do EC A**

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – EC B – ANO LETIVO 2010-2011

SERVIÇO_____	DATA_____	TURNO _____	ORIENTADOR_____	IDADE _____
SEXO _____	ESTADO CIVIL _____	CATEGORIA PROFISSIONAL_____		
CARGO DE COORDENAÇÃO NO SERVIÇO – Sim ___ Não ___		TEMPO DE SERVIÇO _____		
TEMPO SERVIÇO ORIENTADOR EM EC_____		GRAU ACADÊMICO _____		
OUTRAS FORMAÇÕES (Especialidade, Pós-graduações, Outras)_____				
FREQ. FORMAÇÃO DOCENTES DO ICS -2009-2010 –Sim___ %___ Não___; 2010-2011 –Sim___ Não ___				
OT - REALIZA – Sim___ Não ___ PARTICIPA OT – Sim___ Não ___ EE:_____				

ASPETOS A OBSERVAR

ASPETOS A OBSERVAR	DADOS OBSERVADOS	NOTAS
1. Rácio Orientador/EE		
2. Rácio Orientador/Doentes		
3. Rácio EE/Doentes (média)		
4.EE têm doentes não atribuídos ao Orientador? Não? Sim, Quantos?		
5.Orientador tem doentes não atribuídos aos EE? Não? Sim, Quantos?		
6. Critérios de seleção dos doentes a atribuir aos EE? Não? Sim, Quais?		
7.Tipologia dos doentes atribuídos (patologias/cirurgias)		
8.Diversidade e número de experiências dos EE		
9. Tempo disponível para orientar cada EE %; os EE são apressados, ou substituídos? Não? Sim? N.º vezes		
10 Carga de trabalho - Tempo disponível para a prestação de cuidados - %		

11.Como organiza o orientador o seu turno de trabalho e de supervisão?	8h 9h 10h 11h 12h 13h 14h	
12.Orientação segundo modelo em uso/modelo exposto;		
13.Conceções acerca da Enfermagem e da Supervisão manifestadas verbalmente ou através de comportamentos		
14.Estratégias pedagógicas utilizadas (observação, questionamento, demonstração, ...)		
15.Aspetos alvo de supervisão: procedimentos, plano de trabalho, comunicação, registos, planos de cuidados		
16.Dificuldades específicas na orientação: plano de cuidados, registos, reflexões, outros?		
17.Colaboração/articulação da equipa de enfermagem com o Orientador/EE na prestação de cuidados aos doentes atribuídos aos mesmos		
18.Colaboração/articulação da equipa de enfermagem com o Orientador na supervisão dos EE		
19. Interferência do Enfermeiro Chefe na supervisão/avaliação dos EE; não, sim, como?		

20.Acompanhamento dos EE fora do seu horário de trabalho		
21.Opinião do Orientador acerca da participação/realização das OT		
22.Opinião do Orientador acerca das contrapartidas		
23.Motivações verbalizadas para a supervisão e participação ou não na formação de docentes do ICS		

Outras Observações

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – EC A – ANO LETIVO 2010-2011

SERVIÇO_____	DATA_____	TURNO _____	ORIENTADOR_____	IDADE _____
SEXO _____	ESTADO CIVIL _____	CATEGORIA PROFISSIONAL_____		
CARGO DE COORDENAÇÃO NO SERVIÇO – Sim ___ Não ___		TEMPO DE SERVIÇO _____		
TEMPO SERVIÇO ORIENTADOR EM EC_____		GRAU ACADÉMICO _____		
OUTRAS FORMAÇÕES (Especialidade, Pós-graduações, Outras)_____				
FREQ. FORMAÇÃO DOCENTES DO ICS -2009-2010 –Sim___ %___ Não___; 2010-2011 –Sim___ Não ___				
OT - N.º Horas/grupo_____ PARTICIPA OT DO PROFESSOR – Sim___ Não ___EE: _____				

ASPECTOS A OBSERVAR

ASPECTOS A OBSERVAR	DADOS OBSERVADOS	NOTAS
1. Rácio Orientador/EE		
2. Rácio Orientador/Doentes		
3. Rácio EE/Doentes (média)		
4.EE têm doentes não atribuídos ao Orientador? Não? Sim, Quantos?		
5.Orientador tem doentes não atribuídos aos EE? Não? Sim, Quantos?		
6. Critérios de seleção dos doentes a atribuir aos EE? Não? Sim, Quais?		
7.Tipologia dos doentes atribuídos (patologias/cirurgias)		
8.Diversidade e número de experiências dos EE		
9. Tempo disponível para orientar cada EE %; os EE são apressados, ou substituídos? Não? Sim? N.º vezes		
10 Carga de trabalho - Tempo disponível para a prestação de cuidados - %		

11.Como organiza o orientador o seu turno de trabalho e de supervisão?	8/15:30h 9/16:30h 10/17:30h 11/18:30h 12/19:30h 13/20:30h 14/21:30h	
12.Orientação segundo modelo em uso/modelo exposto;		
13.Concepções acerca da Enfermagem e da Supervisão manifestadas verbalmente ou através de comportamentos		
14.Estratégias pedagógicas utilizadas (observação, questionamento, demonstração, ...)		
15.Aspectos alvo de supervisão: procedimentos, plano de trabalho, comunicação, registos, planos de cuidados		
16.Dificuldades específicas na orientação: plano de cuidados, registos, reflexões, outros?		
17.Colaboração/articulação da equipa de enfermagem com o Orientador/EE na prestação de cuidados aos doentes atribuídos aos mesmos		
18.Colaboração/articulação da equipa de enfermagem com o Orientador na supervisão dos EE		
19. Interferência do Enfermeiro Chefe na supervisão/avaliação dos EE; não, sim, como?		

20.Acompanhamento dos EE fora do seu horário de trabalho		
21. Opinião do Orientador acerca realização das OT: importância, horário habitual (manhã, tarde), dentro ou fora do seu horário de trabalho e nesse caso quem o substitui?		
22. Opinião do Orientador acerca da participação nas OT do Professor: sim, não, motivos?		
23. Motivos da participação ou não na formação de docentes do ICS?		
24. Opinião do Orientador acerca das contrapartidas?		
25.Motivações verbalizadas para a supervisão e participação ou não na formação de docentes do ICS?		

Outras Observações

ANEXO VII
Guião das Entrevistas dos Enfermeiros Chefes

Guião de Entrevista Enfermeiros Chefes

Enfermeiros que, no ano letivo 2010-2011, chefiaram os serviços 1, 2, 3, 4 e 5

Objetivo da entrevista:

- Conhecer a visão geral do enfermeiro chefe relativamente à presença de EE do ICS a realizarem EC no HP e, mais especificamente, no respetivo serviço;
- Conhecer a perceção do enfermeiro chefe acerca do desenvolvimento do EC, em termos de aspetos positivos e de aspetos a melhorar.

QUESTÕES

1- Quais as implicações da presença de EE do ICS em EC (A ou B) para o serviço (repercussões do EC no serviço)?

(Pistas para orientação da conversação:

- Critérios de seleção orientadores;
- Número de EE;
- Rácios orientador/doentes;
- Prestação de cuidados aos doentes;
- Carga de trabalho dos orientadores;
- Flexibilização dos horários dos orientadores;
- Articulação com a restante equipa;
- Comunicação com a escola - objetivos, filosofia, outros;
- Papel do enfermeiro chefe flexibilização dos horários dos orientadores)

2- Em seu entender, como é que se pode melhorar?

(Em cada um dos aspetos mencionados, como melhorar: os positivos, como potenciá-los, os negativos, como reduzi-los ou eliminá-los).

ANEXO VIII

Formulário de Consentimento para a Realização de Entrevista

Formulário de Consentimento

Introdução

O meu nome é Irene Maria da Silva Oliveira, sou aluna do Curso de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), e estou a realizar um trabalho de investigação no âmbito dos Modelos de Educação em Ensino Clínico, estando a ser orientada pela Professora Doutora Margarida Vieira.

Para a compreensão da temática em estudo e obtenção da informação necessária, vamos realizar entrevista semiestruturada, com a duração de, aproximadamente, 30 a 45 minutos, que será áudio-gravada para melhor registo e análise dos dados, pelo que necessitamos da sua colaboração para a sua realização. Os objetivos da entrevista são:

estudantes de enfermagem do ICS/UCP a realizarem ensino clínico no hospital e, mais especificamente, no respetivo Serviço;

- Conhecer a perceção do enfermeiro chefe acerca do desenvolvimento do Ensino Clínico, em termos de aspetos positivos e de aspetos a melhorar.

Acrescentamos que a sua participação deve ser inteiramente voluntária, pelo que não se deve sentir obrigado a participar no estudo e informamos que será assegurado o anonimato dos dados obtidos.

Caso aceite participar, agradecemos desde já a sua colaboração que será sempre valiosa para a compreensão da problemática em estudo.

Para qualquer esclarecimento adicional os contactos são:

Endereço eletrónico – ioliveira@porto.ucp.pt

Telemóvel - -----

Formulário de Consentimento

Reconheço que os objetivos do estudo em causa e os procedimentos de investigação descritos me foram explicados, inclusive que a entrevista será áudio-gravada.

Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o estudo, qualquer questão sobre o mesmo e que sou livre de participar no estudo ou não.

Foram-me assegurados o anonimato respeitante aos dados recolhidos através da minha participação.

Pelo presente documento, eu (Nome)

Consinto em participar neste estudo, através de entrevista e que a mesma seja áudio-gravada e a informação seja utilizada na investigação referida.

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO IX




Lista de Categorias Análise NVivo Entrevistas Enfermeiros Chefes

Anexo IX – Itens

- 1. Categorias Análise Enfermeiro Chefe K**
- 2. Categorias Análise Enfermeiro Chefe M**
- 3. Categorias Análise Enfermeiro Chefe N**
- 4. Categorias Análise Enfermeiro Chefe P**
- 5. Categorias Análise Enfermeiro Chefe T**
- 6. Categorias Análise Enfermeiro Chefe Z**

1. Categorias Análise Enfermeiro Chefe K

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE K

Name	Sources	References
Aspectos Negativos	0	0
		
Orientação em simultâneo		1
Possibilidade cuidados descuidados		1
Dificuldades gestão informação junto do doente		1
Alteração organização-comportamento serviço		1
Rácios		1
Défi ce preparação EE		1
Ausência do Professor		1
Seleccção Orientadores		1
Desmotivação Orientadores		1
Informação Enf. Chefe-Serviço		1
Aspectos Positivos	1	1
		
Actualização dos Profissionais		1
Preparação dos Profissionais		1
Acreditação do serviço		1
Sugestões de Melhoria	1	1
		
Rácios		1
Número EE no Serviço		1
Preparação dos EE		1
Presença do Professor		1
Seleccção Orientadores		1
Informação Enf. Chefe-Serviço		1
Outros	1	3

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE K

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
15-09-2011 10:08	IOLIVEIRA	15-09-2011 10:08
1	15-09-2011 10:13	IOLIVEIRA
1	15-09-2011 10:15	IOLIVEIRA
2	15-09-2011 10:18	IOLIVEIRA
5	15-09-2011 10:22	IOLIVEIRA
3	15-09-2011 10:24	IOLIVEIRA
2	15-09-2011 10:47	IOLIVEIRA
2	15-09-2011 10:56	IOLIVEIRA
1	15-09-2011 11:03	IOLIVEIRA
3	15-09-2011 11:08	IOLIVEIRA
6	15-09-2011 11:10	IOLIVEIRA
15-09-2011 10:08	IOLIVEIRA	15-09-2011 10:23
1	15-09-2011 10:10	IOLIVEIRA
2	15-09-2011 10:10	IOLIVEIRA
1	15-09-2011 10:12	IOLIVEIRA
15-09-2011 10:08	IOLIVEIRA	15-09-2011 10:25
4	15-09-2011 10:32	IOLIVEIRA
2	15-09-2011 10:46	IOLIVEIRA
1	15-09-2011 10:49	IOLIVEIRA
3	15-09-2011 10:54	IOLIVEIRA
3	15-09-2011 11:01	IOLIVEIRA
6	15-09-2011 11:11	IOLIVEIRA
15-09-2011 10:43	IOLIVEIRA	15-09-2011 10:44

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE K

Modified By				
Created On	Created By	Modifie		Modified By
IOLIVEIRA				
15-09-2011 10:13	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:15	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:20	IOLIVEIRA			
15-09-2011 11:18	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:53	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:50	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:57	IOLIVEIRA			
15-09-2011 11:04	IOLIVEIRA			
15-09-2011 11:09	IOLIVEIRA			
15-09-2011 11:20	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA				
15-09-2011 10:10	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:11	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:12	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA				
15-09-2011 10:35	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:53	IOLIVEIRA			
15-09-2011 10:49	IOLIVEIRA			
15-09-2011 11:00	IOLIVEIRA			
15-09-2011 11:07	IOLIVEIRA			
15-09-2011 11:20	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA				

2. Categorias Análise Enfermeiro Chefe M

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE M

Name	Sources	References
	0	0
<p><input checked="" type="radio"/> Aspectos positivos</p>		
<input checked="" type="radio"/>	Atualização de conhecimentos	1
<input checked="" type="radio"/>	Quebra de rotina	1
<input checked="" type="radio"/>	Reflexão sobre a prática	1
<input checked="" type="radio"/>	Melhoria dos cuidados	1
<p><input checked="" type="radio"/> Aspectos negativos</p>		
<input checked="" type="radio"/>	Fosso teoria-prática	1
<input checked="" type="radio"/>	Desfasamento objetivos Serviço-objetivos EC	1
<input checked="" type="radio"/>	Défice preparação Orientadores	1
<input checked="" type="radio"/>	Inadequação rácio Orientador-EE	1
<input checked="" type="radio"/>	Alteração da dinâmica Serviço	1
<input checked="" type="radio"/>	Défice comunicação Escola-Serviço	1
<input checked="" type="radio"/>	Falta preparação Enfermeiros	1
<input checked="" type="radio"/>	Falta envolvimento enfermeiros	1
<input checked="" type="radio"/>	Número excessivo EE	1
<p><input checked="" type="radio"/> Sugestões melhoria</p>		
<input checked="" type="radio"/>	Diminuição rácio Orientador-EE	1
<input checked="" type="radio"/>	Maior comunicação Escola-Serviço	1
<input checked="" type="radio"/>	Promoção envolvimento Enfermeiros	1
<input checked="" type="radio"/>	Disponibilização de formação Enfermeiros	1
<p><input checked="" type="radio"/> Outros</p>		
<input checked="" type="radio"/>	Conceções supervisão	1

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE M


















Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
07-10-2011 15:16	IOLIVEIRA	07-10-2011 15:16
3	07-10-2011 15:24	IOLIVEIRA
3	07-10-2011 15:24	IOLIVEIRA
3	07-10-2011 15:25	IOLIVEIRA
1	07-10-2011 15:27	IOLIVEIRA
07-10-2011 15:21	IOLIVEIRA	07-10-2011 15:21
3	07-10-2011 15:34	IOLIVEIRA
8	07-10-2011 15:37	IOLIVEIRA
2	07-10-2011 15:39	IOLIVEIRA
4	07-10-2011 15:44	IOLIVEIRA
1	07-10-2011 15:49	IOLIVEIRA
4	07-10-2011 16:10	IOLIVEIRA
9	07-10-2011 16:19	IOLIVEIRA
3	07-10-2011 16:35	IOLIVEIRA
1	07-10-2011 16:53	IOLIVEIRA
07-10-2011 15:21	IOLIVEIRA	07-10-2011 15:21
7	07-10-2011 15:44	IOLIVEIRA
9	07-10-2011 16:06	IOLIVEIRA
3	07-10-2011 16:40	IOLIVEIRA
4	07-10-2011 17:03	IOLIVEIRA
07-10-2011 15:21	IOLIVEIRA	07-10-2011 15:21
9	07-10-2011 16:30	IOLIVEIRA

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE M

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
07-10-2011 15:16	IOLIVEIRA	07-10-2011 15:16
3	07-10-2011 15:24	IOLIVEIRA
3	07-10-2011 15:24	IOLIVEIRA
3	07-10-2011 15:25	IOLIVEIRA
1	07-10-2011 15:27	IOLIVEIRA
07-10-2011 15:21	IOLIVEIRA	07-10-2011 15:21
3	07-10-2011 15:34	IOLIVEIRA
8	07-10-2011 15:37	IOLIVEIRA
2	07-10-2011 15:39	IOLIVEIRA
4	07-10-2011 15:44	IOLIVEIRA
1	07-10-2011 15:49	IOLIVEIRA
4	07-10-2011 16:10	IOLIVEIRA
9	07-10-2011 16:19	IOLIVEIRA
3	07-10-2011 16:35	IOLIVEIRA
1	07-10-2011 16:53	IOLIVEIRA
07-10-2011 15:21	IOLIVEIRA	07-10-2011 15:21
7	07-10-2011 15:44	IOLIVEIRA
9	07-10-2011 16:06	IOLIVEIRA
3	07-10-2011 16:40	IOLIVEIRA
4	07-10-2011 17:03	IOLIVEIRA
07-10-2011 15:21	IOLIVEIRA	07-10-2011 15:21
9	07-10-2011 16:30	IOLIVEIRA

3. Categorias Análise Enfermeiro Chefe N

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE N

Name		Sources
 Aspectos positivos		0
	Globais	
	Serviço	
		Modelo boa prática
		Reflexão sobre a prática
		Atualização de conhecimentos da ec
 Aspectos negativos		0
	Globais	
		Falta de preparação Orientadores
		Não envolvimento do HP e enfermei
		Dificuldade seleção Orientadores
		Orientador inserido no plano de trab
		Interferência da equipa médica
		Forma de seleção Orientadores
		Status quo do Hospital
		Ausência Orientadores OT Professor
	Serviço	
		Dificuldade seleção Orientadores
 Sugestões de melhoria		0
	Orientador não inserido no plano de trabalho	
	Definição perfil Orientador	
	Apresentação estudos caso dos EE no Serviço	
	Presença Enf. Chefe na avaliação dos EE	
 Outros		0
	Papel Enf. Chefe	
	Conceções ensino, superv., enfermagem	

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE N






















References	Created On	Created By	Modified On
			Name
0	06-10-2011 10:22	IOLIVEIRA	06-10-2011 10:24
0	0	06-10-2011 10:24	IOLIVEIRA
0	0	06-10-2011 10:25	IOLIVEIRA
	1	4	06-10-2011 10:27
	1	9	06-10-2011 12:32
juipa	1	2	06-10-2011 12:36
0	06-10-2011 10:24	IOLIVEIRA	06-10-2011 10:24
0	0	06-10-2011 10:25	IOLIVEIRA
	1	5	06-10-2011 10:33
os na formação	1	5	06-10-2011 10:59
	1	4	06-10-2011 11:04
alho	1	6	06-10-2011 11:18
	1	6	06-10-2011 11:27
	1	1	06-10-2011 11:59
	1	8	06-10-2011 12:14
	1	2	06-10-2011 12:40
0	0	06-10-2011 10:25	IOLIVEIRA
	1	4	06-10-2011 11:18
0	06-10-2011 10:24	IOLIVEIRA	06-10-2011 10:26
1	1	06-10-2011 11:46	IOLIVEIRA
1	3	06-10-2011 11:53	IOLIVEIRA
1	5	06-10-2011 12:42	IOLIVEIRA
1	7	06-10-2011 13:59	IOLIVEIRA
0	06-10-2011 10:38	IOLIVEIRA	06-10-2011 10:38
1	15	06-10-2011 10:39	IOLIVEIRA
1	17	06-10-2011 10:46	IOLIVEIRA

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE N

Modified By					
	Sources	References	Created	Created By	Modified On
IOLIVEIRA					
06-10-2011 10:24	IOLIVEIRA				
06-10-2011 10:25	IOLIVEIRA				
IOLIVEIRA	06-10-2011 10:40	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 12:47	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 12:36	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA					
06-10-2011 10:25	IOLIVEIRA				
IOLIVEIRA	06-10-2011 14:05	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 12:37	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 11:12	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 12:02	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 12:16	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 11:59	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 12:23	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	06-10-2011 14:28	IOLIVEIRA			
06-10-2011 10:25	IOLIVEIRA				
IOLIVEIRA	06-10-2011 11:12	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA					
06-10-2011 11:46	IOLIVEIRA				
06-10-2011 11:58	IOLIVEIRA				
06-10-2011 14:29	IOLIVEIRA				
06-10-2011 14:09	IOLIVEIRA				
IOLIVEIRA					
06-10-2011 14:20	IOLIVEIRA				
06-10-2011 14:26	IOLIVEIRA				

4. Categorias Análise Enfermeiro Chefe P

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE P

Name	Sources	References	Created On
		Name	
 Aspectos Positivos	0	0	12-09-2011 15:28
 Melhoria dos cuidados	1	3	
 Intercâmbio Escola-Serviço	1	3	
 Actualização conhecimentos	1	2	
 Orientador supranumerário	1	1	
 Relação Chefe-Escola	1	2	
 Aspectos Negativos	0	0	12-09-2011 15:28
 Menor autonomia do EE	1	2	
 Interferência equipa médica	1	3	
 Rácios	1	5	
 Interferência no plano de trabalho	1	1	
 Orientação em simultâneo	1	5	
 Lacunas Comunicação Escola-Serviço	1	1	
 Sugestões de Melhoria	0	0	12-09-2011 15:40
 Mais Orientadores	1	3	
 Presença do Professor	1	8	
 Orientador supranumerário	1	5	
 Outros	0	0	12-09-2011 15:46
 Diferenças entre EC	1	2	
 Défice informação acerca do EC	1	2	
 Orientador supranumerário	1	1	

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE P

Created By	Modified On	Modified By	
Sources	References	Created On	Created By
IOLIVEIRA	12-09-2011 15:28	IOLIVEIRA	
12-09-2011 16:05	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:10	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:07	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:42	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:08	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:09	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:22	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:22	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:41	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:42	IOLIVEIRA
IOLIVEIRA	12-09-2011 15:28	IOLIVEIRA	
12-09-2011 15:51	IOLIVEIRA	12-09-2011 15:53	IOLIVEIRA
12-09-2011 15:52	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:14	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:17	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:39	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:24	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:24	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:27	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:40	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:33	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:33	IOLIVEIRA
IOLIVEIRA	12-09-2011 15:40	IOLIVEIRA	
12-09-2011 16:03	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:33	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:12	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:30	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:35	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:40	IOLIVEIRA
IOLIVEIRA	12-09-2011 15:46	IOLIVEIRA	
12-09-2011 15:48	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:00	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:00	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:01	IOLIVEIRA
12-09-2011 16:23	IOLIVEIRA	12-09-2011 16:23	IOLIVEIRA

5. Categorias Análise Enfermeiro Chefe T

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE T

Name	Sources	References
		Name
Aspectos Positivos	0	0
<input type="radio"/> Melhoria dos cuidados		1
<input type="radio"/> Mudança		1
<input type="radio"/> Relação Enfermeiro-Doente		1
<input type="radio"/> Melhoria Orientação EE		1
<input type="radio"/> EE Disciplinados		1
<input type="radio"/> Orientaçãoem simultâneo		1
Sugestões Melhoria	0	0
<input type="radio"/> Espaço para EE		1
<input type="radio"/> Comunicação com Enf. chefe		1
<input type="radio"/> Concepções Enfermagem		1
Aspectos Negativos	1	1
<input type="radio"/> Possibilidade de erro		1
<input type="radio"/> Comportamento EE		1
<input type="radio"/> Necessidade sala para EE		1
<input type="radio"/> Interferência Médicos		1
<input type="radio"/> Dificuldades de horário		1

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE T

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
07-09-2011 15:18	IOLIVEIRA	09-09-2011 11:47
1	07-09-2011 15:20	IOLIVEIRA
1	07-09-2011 15:21	IOLIVEIRA
3	07-09-2011 15:22	IOLIVEIRA
3	07-09-2011 15:26	IOLIVEIRA
2	07-09-2011 15:37	IOLIVEIRA
3	09-09-2011 11:15	IOLIVEIRA
09-09-2011 11:09	IOLIVEIRA	09-09-2011 11:10
2	09-09-2011 11:11	IOLIVEIRA
3	09-09-2011 11:17	IOLIVEIRA
7	09-09-2011 11:32	IOLIVEIRA
07-09-2011 15:33	IOLIVEIRA	07-09-2011 15:33
2	07-09-2011 15:34	IOLIVEIRA
3	07-09-2011 15:35	IOLIVEIRA
4	07-09-2011 15:40	IOLIVEIRA
2	07-09-2011 15:44	IOLIVEIRA
3	09-09-2011 11:24	IOLIVEIRA

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE T

Modified By				
Created On	Created By	Modified		Modified By
IOLIVEIRA				












07-09-2011 15:20	IOLIVEIRA	
07-09-2011 15:21	IOLIVEIRA	
07-09-2011 15:23	IOLIVEIRA	
07-09-2011 15:31	IOLIVEIRA	
07-09-2011 15:37	IOLIVEIRA	
09-09-2011 11:16	IOLIVEIRA	

IOLIVEIRA		
09-09-2011 11:12	IOLIVEIRA	
09-09-2011 11:20	IOLIVEIRA	
09-09-2011 11:41	IOLIVEIRA	

IOLIVEIRA		
07-09-2011 15:36	IOLIVEIRA	
07-09-2011 15:39	IOLIVEIRA	
09-09-2011 11:06	IOLIVEIRA	
09-09-2011 11:19	IOLIVEIRA	
09-09-2011 11:25	IOLIVEIRA	

6. Categorias Análise Enfermeiro Chefe Z

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE Z

Name		Sources	References
			Name
 Aspectos Positivos		0	0
	Envolvimento dos Enfermeiros		1
	Comunicação Serviço		1
	Satisfação Doentes		1
 Aspectos Negativos		0	0
	Alteração dinâmica serviço		1
	Orientação em simultâneo		1
	Atenção ao plano de trabalho		1
 Sugestões Melhoria		1	1
	Orientador supranumerário		1
	Rácios		1

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE Z

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
09-09-2011 12:22	IOLIVEIRA	09-09-2011 12:22
4	09-09-2011 12:24	IOLIVEIRA
1	09-09-2011 12:40	IOLIVEIRA
1	09-09-2011 12:52	IOLIVEIRA
09-09-2011 12:23	IOLIVEIRA	09-09-2011 12:33
7	09-09-2011 12:25	IOLIVEIRA
4	09-09-2011 12:36	IOLIVEIRA
1	09-09-2011 12:55	IOLIVEIRA
09-09-2011 12:23	IOLIVEIRA	09-09-2011 12:57
2	09-09-2011 12:39	IOLIVEIRA
5	09-09-2011 12:42	IOLIVEIRA

ENTREVISTA ENFERMEIRO CHEFE Z

Modified By				
Created On	Created By	Modified		Modified By
IOLIVEIRA				

09-09-2011 13:03 IOLIVEIRA
 09-09-2011 12:40 IOLIVEIRA
 09-09-2011 12:52 IOLIVEIRA

IOLIVEIRA

09-09-2011 12:53 IOLIVEIRA
 09-09-2011 12:50 IOLIVEIRA
 09-09-2011 12:55 IOLIVEIRA

IOLIVEIRA

13-04-2012 12:49 IOLIVEIRA
 09-09-2011 12:56 IOLIVEIRA

ANEXO X

Documentos relativos ao Questionário lançado aos Enfermeiros

Anexo X – Itens

- 1. Questionário**
- 2. Texto com Código de Acesso ao Questionário *Online***
- 3. Carta de Sensibilização dos Enfermeiros para Resposta ao Questionário**

1. Questionário

INTRODUÇÃO

O meu nome é Irene Oliveira, sou aluna de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e estou a realizar um trabalho de investigação no âmbito dos Modelos de Educação em Ensino Clínico, estando a ser orientada pela Professora Doutora Margarida Vieira.

Para a compreensão da temática em estudo e obtenção da informação necessária, construímos este questionário com o objetivo de explorar as perceções e expectativas dos Enfermeiros dos Serviços que recebem Estudantes de Enfermagem (EE) acerca da sua formação pessoal e profissional e da sua participação na formação dos EE do ICS, dos Ensino Clínicos II ou III.

Acrescentamos que a sua participação deve ser inteiramente voluntária, pelo que não se deve sentir obrigado a participar no estudo e informamos que será assegurado o anonimato dos dados obtidos.

Caso aceite participar, agradecemos desde já a sua colaboração que será sempre valiosa para a compreensão da problemática em estudo.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me através do endereço eletrónico - ioliveira@porto.ucp.pt

Irene Oliveira

A – CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE NO ESTUDO

1. Idade:

1.1 [20-25] ☐

1.2 [26-30] ☐

1.3 [31-35] ☐

1.4 [36-40] ☐

1.5 [41-50] ☐

1.6 [51-55] ☐

1.7 [56-60] ☐

1.8 Mais de 60 Anos ☐

2. Género:

2.1 Masculino ☐

2.2 Feminino ☐

3. Habilitações:

3.1 Bacharelato ☐

3.2 Licenciatura ☐

3.3 Curso de Especialização – Área _____

3.4 Mestrado - Área _____

3.5 Doutoramento - Área _____

3.6 Outras formações académicas ou pós-graduações _____

4. Tempo de serviço (anos completos):

4.1 [0-5] ☐

4.2 [6-10] ☐

4.3 [11-15] ☐

4.4 [16-20] ☐

4.5 [21-25] ☐

4.6 [26-30] ☐

4.7 [31-35] ☐

4.8 Mais de 35 Anos ☐

5. Tipo de vínculo à instituição:

5.1 Contrato Individual de Trabalho sem termo ☐

5.2 Contrato Individual de Trabalho a termo certo ☐

5.3 Contrato de Prestação de Serviço (recibos verdes) ☐

5.4 Outro tipo de vínculo, especificar _____

6. Categoria Profissional:

6.1 Enfermeiro Sénior ☐

6.2 Enfermeiro Residente ☐

6.3 Enfermeiro Generalista ☐

6.4 Outra, especificar _____

7. Serviço a que pertence:

7.1 Cirurgia Geral e Urologia ☐

7.2 Cirurgia Plástica ☐

7.3 Medicina Física e Reabilitação ☐

7.4 Ortopedia Piso 4 ☐

7.5 Ortopedia Piso 5 ☐

B – PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS RELATIVAMENTE À FORMAÇÃO

1. Qual o grau de importância que atribui à formação contínua para o seu desempenho profissional?

- 1.1 Extremamente importante ☐
- 1.2 Muito importante ☐
- 1.3 Moderadamente importante ☐
- 1.4 Pouco importante ☐
- 1.5 Nada importante ☐

2. Em relação ao investimento na sua formação profissional, sente-se:

- 1.1 Extremamente motivado ☐
- 1.2 Muito motivado ☐
- 1.3 Moderadamente motivado ☐
- 1.4 Pouco motivado ☐
- 2.5 Nada motivado ☐

3. Encontra-se a frequentar algum tipo de formação em instituição de ensino superior?

- 3.1 Sim ☐
- 3.2 Não ☐

3.1.1. Se respondeu sim à questão anterior, indique o tipo de formação que está a frequentar:

- a) Curso de Especialização, Área _____
- b) Mestrado - Área _____
- c) Doutoramento - Área _____
- d) Outra _____

4. Encontra-se a frequentar algum tipo de formação não académica?

- 4.1 Sim ☐
- 4.2 Não ☐

4.1.1 Se respondeu Sim à questão anterior, mencione o curso ou tipo de formação que frequenta e a respetiva instituição: _____

5. Pensa frequentar algum tipo de formação no próximo ano letivo?

- 5.1 Sim ☐
- 5.2 Não ☐

5.1.1 Se respondeu Sim à questão anterior, mencione o Curso ou tipo de formação que pensa frequentar: _____

6. Indique, no máximo, 3 áreas de interesse ou tipo de formação que procura:

7. Considera que a formação promovida pela instituição/serviço tem correspondido às suas expectativas?

7.1 Sim ☐

7.2 Não ☐

7.2.1 Se respondeu Não à questão anterior, refira o motivo:

8. Das ações de formação realizadas pela instituição/serviço no último ano (2010), indique o número de ações que frequentou: _____

9. Participou no planeamento das ações de formação na sua instituição/serviço?

9.1 Sim ☐

9.2 Não ☐

10. Das ações de formação realizadas pela instituição/serviço no último ano (2010), indique o número de ações em que participou como formador: _____

Relativamente às 3 questões seguintes indique à frente de cada alínea o número correspondente; deve colocar zero nos casos em que não tenha realizado comunicação, publicação ou trabalho de investigação

11. Indique o número de comunicações realizadas nos últimos 5 anos:

11.1 *Posters* _____

11.2 Comunicações livres _____

11.3 Conferências/palestras a convite _____

11.4 Outra, especifique _____

12. Indique o número de publicações realizadas nos últimos 5 anos:

12.1 Número _____

12.2 Tipo (ex. artigo, livro, capítulo de livro) _____

12.3 Revista ou obra em que foi publicada _____

13. Indique o número de trabalhos de investigação em que participou nos últimos 5 anos, de âmbito académico ou não, como:

13.1 Investigador principal _____

13.2 Como colaborador _____

C – PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS RELATIVAMENTE AOS ENSINOS CLÍNICOS

1. Indique o grau de importância que considera ter o seu desempenho como enfermeiro(a) na formação dos Estudantes de Enfermagem (EE) do ICS que o seu serviço recebe:

- 1.1 Extremamente importante ☐
- 1.2 Muito importante ☐
- 1.3 Moderadamente importante ☐
- 1.4 Pouco importante ☐
- 1.5 Nada Importante ☐

2. Indique o seu grau de conhecimento da filosofia da Instituição de Ensino e do Curso ao qual os EE pertencem:

- 2.1 Pleno ☐
- 2.2 Elevado ☐
- 2.3 Mediano ☐
- 2.4 Pouco ☐
- 2.5 Nenhum ☐

3. Indique o seu grau de conhecimento em relação aos aspetos gerais do Ensino Clínico em causa (objetivos, necessidades de aprendizagem, parâmetros de avaliação)

- 3.1 Pleno ☐
- 3.2 Elevado ☐
- 3.3 Mediano ☐
- 3.4 Pouco ☐
- 3.5 Nenhum ☐

4. No ano letivo em curso, orientou Estudantes de Enfermagem do ICS no Ensino Clínico II ou III do ICS?

- 4.1 Sim ☐
- 4.2 Não ☐

Se respondeu Sim à questão anterior, indique:

4.1.1 Qual o seu grau de satisfação como Orientador?

- a) Completamente satisfeito ☐
- b) Muito satisfeito ☐
- c) Razoavelmente satisfeito ☐
- d) Pouco satisfeito ☐
- e) Nada satisfeito ☐

4.1.2 Qual o seu grau de motivação para colaborar como Orientador?

- a) Extremamente motivado ☐
- b) Muito motivado ☐
- c) Moderadamente motivado ☐
- d) Pouco motivado ☐
- e) Nada motivado ☐

Se respondeu Não à questão número 4, indique:

4.2.1 Qual o grau de conhecimento que tem relativamente à sua função/papel na orientação informal dos EE do ICS que o seu serviço recebe:

- a) Pleno ☐
- b) Elevado ☐
- c) Mediano ☐
- d) Pouco ☐
- e) Nenhum ☐

4.2.2 Qual o grau de motivação para colaborar na orientação informal dos EE:

- a) Extremamente motivado ☐
- b) Muito motivado ☐
- c) Moderadamente motivado ☐
- d) Pouco motivado ☐
- e) Nada motivado ☐

4.2.3. Qual o seu grau de motivação para colaborar como Orientador dos EE, caso seja solicitado:

- a) Extremamente motivado ☐
- b) Muito motivado ☐
- c) Moderadamente motivado ☐
- d) Pouco motivado ☐
- e) Nada motivado ☐

5. Relativamente ao desenvolvimento do Ensino Clínico II ou III e à presença dos respetivos EE do ICS no seu Serviço, indique por ordem de importância decrescente (do mais importante para o menos importante):

5.1 No máximo, três aspetos positivos _____

5.2 No máximo, três aspetos a melhorar _____

Obrigada pela sua colaboração.

2.Texto com Código de Acesso ao Questionário Online

Caro Enfermeiro

Tendo obtido a autorização do Conselho de Administração do Hospital da Prelada, venho solicitar a sua colaboração pedindo-lhe que responda ao questionário que apresento no endereço abaixo indicado, com a maior brevidade possível. Caso não possa fazê-lo de **imediato**, por favor, tente fazê-lo até às 24h dia 24 **de Setembro**.

Agradeço desde já a sua colaboração. Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me através do endereço eletrónico - ioliveira@porto.ucp.pt

Irene Oliveira

Por Favor aceda a <http://modeloseducacao.pt.vu>

Código de verificação: xxxxxxxx

Nota: o código apresentado neste papel é único e anónimo para cada um dos enfermeiros, pelo que deverá ser transcrito para o questionário quando requerido.

3. Carta de Sensibilização dos Enfermeiros para Resposta ao Questionário

Caro Enfermeiro

O meu nome é Irene Oliveira, sou aluna de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e estou a realizar um trabalho de investigação no âmbito dos Modelos de Educação em Ensino Clínico, estando a ser orientada pela Professora Doutora Margarida Vieira.

Para a compreensão da temática em estudo e tendo obtido autorização do Conselho de Administração do Hospital da Prelada, vimos solicitar a sua colaboração pedindo-lhe que responda a um questionário que apresentamos On-line em endereço específico, com o objetivo de explorar as perceções e expectativas dos Enfermeiros dos Serviços que recebem Estudantes de Enfermagem da UCP, dos Ensinos Clínicos II e III.

Para preencher o questionário deverá solicitar junto do Enfermeiro Chefe do Serviço a que pertence, o envelope fechado com o endereço, instruções de preenchimento e o código de verificação, o qual é único e anónimo para cada enfermeiro. O preenchimento do questionário estará aberto desde as 0h de 10/09 às 24h de 24/09/11.

Caso aceite participar, agradecemos desde já a sua colaboração que será sempre valiosa para a compreensão da problemática em estudo.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me através do endereço eletrónico - ioliveira@porto.ucp.pt

Irene Oliveira

ANEXO XI
Guiões das Entrevistas dos Professores

Anexo XI – Itens

- 1. Guião Entrevista Professor EC B – 1º Semestre 2010-2011**
- 2. Guião Entrevista Professor EC B – 2º Semestre 2010-2011**
- 3. Guião Entrevista Professor EC A – 2º Semestre 2010-2011**

1. Guião Entrevista Professor EC B – 1º Semestre 2010-2011

Objetivos da entrevista:

- Obter dados quanto à forma como decorreu o EC B no semestre em causa;
- Esclarecer algumas questões que surgiram ao longo do semestre, decorrentes dos dados das entrevistas exploratórias e da observação.

QUESTÕES

1 - Qual a apreciação global que faz acerca da forma como decorreu o EC B no HP este semestre? Quais os aspetos positivos? Quais os aspetos negativos? Surgiram incidentes críticos? Quais?

2- Quanto à distribuição dos Orientadores e dos EE para cada serviço

a) Considera o número de Orientadores adequado? E a sua distribuição?

b) E quanto ao número de EE em cada local, considera-o adequado?

3 - Em relação à supervisão em simultâneo com a prestação dos cuidados:

a) Verificou-se adequação de rácios Orientadores/EE/Doentes?

b) Qual a disponibilidade dos Orientadores para a supervisão, para acompanhamento dos EE fora e dentro do horário de trabalho?

4- Orientação Tutorial – qual a apreciação que faz da forma como decorreu este semestre (realização de OT e participação dos Orientadores nas OT do Professor)?

5- Qual a apreciação que faz relativamente ao processo de seleção dos Orientadores deste semestre?

6 – Qual a avaliação que faz relativamente à prestação dos Orientadores, no que respeita à forma como decorreu o processo de supervisão e de avaliação dos EE?

7 – Verificou-se interferência dos Enfermeiros Chefes na supervisão e avaliação?

8 – Considera, de uma forma global, que se verificou uniformidade entre os diversos serviços relativamente aos vários aspetos mencionados?

9- Como revê a sua função como Professor responsável pelos EE do EC B no HP este semestre, comparativamente com o ano letivo anterior? Dificuldades? Verificou-se comunicação interinstitucional? Foi informado pelo HP de tudo o que seria necessário?

10- Quais as expectativas para o próximo semestre?

11 – Outros aspetos que queira mencionar.

2. Guião Entrevista Professor EC B – 2º Semestre 2010-2011

Objetivos da entrevista:

- Obter dados quanto à forma como decorreu o EC B no semestre em causa;
- Esclarecer algumas questões que surgiram ao longo do semestre, decorrentes dos dados da entrevista no 1º semestre e da observação.

QUESTÕES

1 - Qual a apreciação global que faz acerca da forma como decorreu o EC B no HP este semestre?

2 - Quais os aspetos positivos?

3 - Quais os aspetos negativos?

4- Surgiram incidentes críticos? Quais?

5- Quais as expectativas para o próximo semestre?

6 – Outros aspetos que queira mencionar.

3. Guião Entrevista Professor EC A – 2º Semestre 2010-2011

Objetivos da entrevista:

- Obter dados quanto à forma como decorreu o EC A no semestre em causa;
- Esclarecer algumas questões que surgiram ao longo do semestre, decorrentes dos dados das entrevistas exploratórias e da observação.

QUESTÕES

1 - Qual a apreciação global que faz acerca da forma como decorreu o EC A no HP este semestre?

- a) Quais os aspetos positivos?
- b) Quais os aspetos negativos?
- c) Surgiram incidentes críticos? Quais?
- d) Qual a apreciação que faz quanto à presença de alunos de Especialidade?

2- Qual a apreciação que faz relativamente ao processo de seleção dos Orientadores deste semestre?

3 - Em relação à supervisão em simultâneo com a prestação dos cuidados:

- a) Verificou-se adequação de rácios Orientadores/EE/Doentes?
- b) Qual a disponibilidade dos Orientadores para a supervisão, para acompanhamento dos EE fora e dentro do horário de trabalho?
- c) Verificou-se acumulação com a função de responsável de turno e coordenação de hospital?
- d) Verificou-se situações em que o Orientador ficou supranumerário? Teve vantagens?

4- Orientação Tutorial – qual a apreciação que faz da forma como decorreu este semestre a realização de OT pelos Orientadores? Considera importante a realização de OT mistas (Professor e Orientadores)?

5 – Qual a avaliação que faz relativamente à prestação dos Orientadores?

- a) No que respeita à forma como decorreu o processo de supervisão e de avaliação?
- b) Existiram diferenças relacionadas com a abolição das contrapartidas económicas?

6 – Verificou-se interferência dos Enfermeiros Chefes na supervisão e avaliação?

7- Como revê a sua função como Professor responsável pelos EE do EC A no HP?

a) Dificuldades?

b) Verificou-se comunicação interinstitucional, tendo sido informado de tudo o que seria necessário?

8- Quais as expectativas para o próximo semestre?

9 – Outros aspetos que queira mencionar.

ANEXO XII

Lista de Categorias Análise NVivo Entrevistas Professores

Anexo XII – Itens

- 1. Lista Categorias Entrevista Professor EC B – 1º Semestre 2010-2011**
- 2. Lista Categorias Entrevista Professor EC B – 2º Semestre 2010-2011**
- 3. Lista Categorias Professor EC A – 2º Semestre 2010-2011**

1. Lista Categorias Entrevista Professor EC B – 1º Semestre 2010-2011

ENTREVISTA PROFESSOR ENSINO CLÍNICO B 1º SEMESTRE 2010-2011

Typ	Name	Memo Link	Sources	References
	Seleção Orientadores		1	3
OT			1	3
	Participação OT do Professor			1
	Disponibilidade dos Orientadores			1
	Disponibilidade do Professor			1
	Constrangimentos do Hospital			1
	Aspectos financeiros			1
Função do Professor			0	0
	Presença no Serviço			1
	Informação			1
Expectativas			0	0
	Menores Dificuldades			0
	Formação Orientadores			1
	Distribuição Orientadores			1
	Disponibilidade Professor			1
Distribuição Orientadores			1	1
	Supervisão com Prestação de Cuidados			1
	Rácios			1
	Modelo Supervisão			1
	Carga de trabalho			1
Desempenho Orientadores			0	0
	Presença do Professor no CPC			1
	Formação			1
Concepções Supervisão			1	6
Aspectos positivos			1	1
	Maleabilidade dos Orientadores no Serviço 2			1
Aspectos negativos ou dificuldades			1	9
	Condições Serviço 5			0
	Tempo Orientador Supervisão			
	Rotatividade Doentes			
	Interferência do Enfermeiro Chefe			
	Condições Serviço 4			1
	Interferência do Enfermeiro Chefe			
	Informação			
	Horários Orientadores			

ENTREVISTA PROFESSOR ENSINO CLÍNICO B 1º SEMESTRE 2010-2011

Created On	Created By	Modified On	Modified By
17-06-2011 14:45	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:47	IOLIVEIRA
17-06-2011 14:26	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:32	IOLIVEIRA
1	17-06-2011 14:43	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:44
4	17-06-2011 14:36	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:40
3	17-06-2011 14:32	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:37
1	17-06-2011 14:33	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:34
1	17-06-2011 14:35	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:36
17-06-2011 15:03	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:03	IOLIVEIRA
7	17-06-2011 15:05	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:50
1	17-06-2011 15:37	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:40
17-06-2011 16:21	IOLIVEIRA	17-06-2011 16:21	IOLIVEIRA
0	17-06-2011 16:23	IOLIVEIRA	17-06-2011 16:23
1	17-06-2011 16:26	IOLIVEIRA	17-06-2011 16:27
3	17-06-2011 16:24	IOLIVEIRA	17-06-2011 16:25
2	17-06-2011 16:22	IOLIVEIRA	17-06-2011 16:24
17-06-2011 13:52	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:05	IOLIVEIRA
7	17-06-2011 14:13	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:41
2	17-06-2011 14:08	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:35
5	17-06-2011 13:53	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:10
3	17-06-2011 13:59	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:02
17-06-2011 14:51	IOLIVEIRA	17-06-2011 14:51	IOLIVEIRA
3	17-06-2011 14:52	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:52
8	17-06-2011 14:52	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:44
17-06-2011 11:56	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:51	IOLIVEIRA
17-06-2011 11:44	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:33	IOLIVEIRA
1	17-06-2011 11:45	IOLIVEIRA	17-06-2011 11:51
17-06-2011 11:58	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:35	IOLIVEIRA
0	17-06-2011 11:59	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:41
1	2	17-06-2011 12:12	IOLIVEIRA
1	5	17-06-2011 12:10	IOLIVEIRA
0	0	17-06-2011 15:23	IOLIVEIRA
2	17-06-2011 12:15	IOLIVEIRA	17-06-2011 15:32
1	6	17-06-2011 12:15	IOLIVEIRA
1	2	17-06-2011 15:42	IOLIVEIRA
1	2	17-06-2011 12:18	IOLIVEIRA

ENTREVISTA PROFESSOR ENSINO CLÍNICO B 1º SEMESTRE 2010-2011

--

IOLIVEIRA
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA

IOLIVEIRA
IOLIVEIRA

IOLIVEIRA
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA

IOLIVEIRA
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA

IOLIVEIRA
IOLIVEIRA

IOLIVEIRA

IOLIVEIRA

17-06-2011 12:13	IOLIVEIRA
17-06-2011 15:35	IOLIVEIRA
17-06-2011 15:26	IOLIVEIRA

IOLIVEIRA

17-06-2011 12:21	IOLIVEIRA
17-06-2011 15:45	IOLIVEIRA
17-06-2011 14:03	IOLIVEIRA

2. Lista Categorias Entrevista Professor EC B – 2º Semestre 2010-2011

ENTREVISTA PROFESSOR ENSINO CLÍNICO B - 2º SEMESTRE 2010-2011

Name		Sources	References
			Name
Aspectos Positivos		0	0
	Integração Enf. Chefe		1
	Atitude Chefe		1
	Atitude Direcção Enfermagem		1
Expectativas		0	0
	Instabilidade no HP		1
	Continuidade Orientadores		1
	Tempo Orientadores acompanhar EE		1
	Atitude Negativa Equipa Médica		1
Aspectos Negativos		1	1
	Alterações Orgânicas no HP		1
	Horário Orientadores		1
	Desmotivação Orientadores		1
	Rácios		1
	Falta de integração Chefe		1
	Menos oportunidades aprendizagem		1

ENTREVISTA PROFESSOR ENSINO CLÍNICO B - 2º SEMESTRE 2010-2011

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
09-09-2011 15:02	IOLIVEIRA	09-09-2011 15:02
2	09-09-2011 15:31	IOLIVEIRA
4	09-09-2011 15:34	IOLIVEIRA
1	09-09-2011 16:04	IOLIVEIRA
09-09-2011 15:02	IOLIVEIRA	09-09-2011 15:02
4	09-09-2011 15:50	IOLIVEIRA
4	09-09-2011 15:55	IOLIVEIRA
1	09-09-2011 16:02	IOLIVEIRA
1	09-09-2011 16:06	IOLIVEIRA
09-09-2011 15:02	IOLIVEIRA	09-09-2011 15:16
10	09-09-2011 15:09	IOLIVEIRA
8	09-09-2011 15:10	IOLIVEIRA
6	09-09-2011 15:15	IOLIVEIRA
1	09-09-2011 15:23	IOLIVEIRA
2	09-09-2011 15:33	IOLIVEIRA
2	09-09-2011 15:45	IOLIVEIRA

ENTREVISTA PROFESSOR ENSINO CLÍNICO B - 2º SEMESTRE 2010-2011

Modified By				
Created On	Created By	Modified		Modified By
IOLIVEIRA				
09-09-2011 15:32	IOLIVEIRA			
09-09-2011 15:39	IOLIVEIRA			
09-09-2011 16:05	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA				
09-09-2011 15:53	IOLIVEIRA			
09-09-2011 16:01	IOLIVEIRA			
09-09-2011 16:02	IOLIVEIRA			
09-09-2011 16:06	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA				
09-09-2011 15:44	IOLIVEIRA			
09-09-2011 15:49	IOLIVEIRA			
09-09-2011 15:40	IOLIVEIRA			
09-09-2011 15:23	IOLIVEIRA			
09-09-2011 15:42	IOLIVEIRA			
09-09-2011 15:46	IOLIVEIRA			

3. Lista Categorias Professor EC A – 2º Semestre 2010-2011

ENTREVISTA PROFESSOR ENSINO CLÍNICO A - 2º SEMESTRE 2010-2011

Name	Sources	References
		Name
Aspetos negativos	0	0
Sugestões	1	1
Aspetos positivos	1	4
Expectativas	1	2

ENTREVISTA PROFESSOR ENSINO CLÍNICO A - 2º SEMESTRE 2010-2011

Created On	Created By	Modified On	Modified By	
	Sources	References	Created On	Create Modified On
02-11-2011 14:16	IOLIVEIRA	02-11-2011 14:16	IOLIVEIRA	
02-11-2011 14:34	IOLIVEIRA	02-11-2011 15:01	IOLIVEIRA	
02-11-2011 14:51	IOLIVEIRA	02-11-2011 15:00	IOLIVEIRA	
02-11-2011 14:58	IOLIVEIRA	02-11-2011 14:59	IOLIVEIRA	

ANEXO XIII
Lista de Categorias Análise NVivo Reflexões Estudantes

Anexo XIII – Itens

- 1. Lista Categorias Reflexões EE 1**
- 2. Lista Categorias Reflexões EE 2**
- 3. Lista Categorias Reflexões EE 3**
- 4. Lista Categorias Reflexões EE 4**
- 5. Lista Categorias Reflexões EE 5**
- 6. Lista Categorias Reflexões EE 6**
- 7. Lista Categorias Reflexões EE 7**
- 8. Lista Categorias Reflexões EE 8**
- 9. Lista Categorias Reflexões EE 9**
- 10. Lista Categorias Reflexões EE 10**
- 11. Lista Categorias Reflexões EE 11**
- 12. Lista Categorias Reflexões EE 12**

1. Lista Categorias Reflexões EE 1

REFLEXÃO EE 1

Name	Sources	References
Concepções Orientador		1
Aprendizagem	1	9
Condições do Serviço	1	6

REFLEXÃO EE 1


Created On	Created By	Modified On
3	20-06-2011 17:03	IOLIVEIRA
20-06-2011 17:04	IOLIVEIRA	20-06-2011 17:21
20-06-2011 17:05	IOLIVEIRA	20-06-2011 17:16

REFLEXÃO EE 1

Modified By
20-06-2011 17:11
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA

2. Lista Categorias Reflexões EE 2

REFLEXÃO EE 2



	Nam	Sou	References	Created On
	 Aprendizagem		3	10

REFLEXÃO EE 2

Created By	Modified On	Modified By	
20-06-2011 17:35	IOLIVEIRA	21-06-2011 15:16	IOLIVEIRA

3. Lista Categorias Reflexões EE 3

REFLEXÃO EE 3



	Name	Sources	References	Created On
	Dificuldades	0	0	21-06-2011 15:25
	Aspectos positivos	0	0	21-06-2011 15:28

REFLEXÃO EE 3

Created By	Modified On	Modified By				
	Name		Sources	References	Created On	Created By
IOLIVEIRA	21-06-2011 15:25	IOLIVEIRA				
IOLIVEIRA	21-06-2011 15:28	IOLIVEIRA				

4. Lista Categorias Reflexões EE 4

REFLEXÃO EE 4

Name		Sources	References
 Aspectos Positivos			0
 Dificuldades		0	0

REFLEXÃO EE 4

Created On	Created By	Modified On
0	21-06-2011 16:05	IOLIVEIRA
21-06-2011 16:07	IOLIVEIRA	21-06-2011 16:07

REFLEXÃO EE 4

Modified By	
21-06-2011 16:05	IOLIVEIRA
IOLIVEIRA	

5. Lista Categorias Reflexões EE 5

REFLEXÃO EE 5




Name	Sources	References	Created On
		Name	
Aspectos Positivos	3	7	21-06-2011 17:10
Concepções e Expectativas	4	7	21-06-2011 17:26

REFLEXÃO EE 5

Created By	Modified On	Modified By	
Sources	References	Created On	Created Modified On Modified By
IOLIVEIRA	09-01-2012 12:01	IOLIVEIRA	
IOLIVEIRA	09-01-2012 12:01	IOLIVEIRA	

6. Lista Categorias Reflexões EE 6

REFLEXÃO EE 6

	Name	Sources	References	Created On
	Aspectos positivos	0	0	01-07-2011 11:58
	Expectativas	2	3	01-07-2011 12:11
	Dificuldades	3	11	01-07-2011 12:00

REFLEXÃO EE 6

Created By	Modified On	Modified By			
	Name		Sources	References	Created On
IOLIVEIRA	01-07-2011 11:58	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	09-01-2012 12:12	IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA	09-01-2012 12:12	IOLIVEIRA			

7. Lista Categorias Reflexões EE 7

REFLEXÃO EE 7

Name	Sources	References
Aspectos positivos	1	1
Dificuldades	3	7
Relação doente e família		3

REFLEXÃO EE 7

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
01-07-2011 14:30	IOLIVEIRA	09-01-2012 12:17
01-07-2011 14:30	IOLIVEIRA	09-01-2012 12:19
14	01-07-2011 14:31	IOLIVEIRA

REFLEXÃO EE 7

Modified By	Created By	Modified	Modified By
Created On			
IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA			
09-01-2012 12:18	IOLIVEIRA		

8. Lista Categorias Reflexões EE 8

REFLEXÃO EE 8

Name	Sources	References
Aspectos positivos	0	0
Dificuldades	2	6
Condições Serviço		1
Gestão do stress		1

REFLEXÃO EE 8




Created On	Created By	Modified On
01-07-2011 14:59	IOLIVEIRA	01-07-2011 14:59
01-07-2011 14:59	IOLIVEIRA	09-01-2012 12:25
2	01-07-2011 15:08	IOLIVEIRA
1	01-07-2011 15:09	IOLIVEIRA

REFLEXÃO EE 8

Modified By	Created By	Modified	Modified By
IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA			
09-01-2012 12:24	IOLIVEIRA		
09-01-2012 12:24	IOLIVEIRA		

9. Lista Categorias Reflexões EE 9

REFLEXÃO EE 9

	Name	Sources	References	Created On
			Name	
	Dificuldades	0	0	01-07-2011 15:25
	Aspectos positivos	2	5	01-07-2011 15:25
	Alvos de atenção EE	2	12	01-07-2011 16:06

REFLEXÃO EE 9

Created By	Modified On	Modified By	
Sources	References	Created On	Created Modified On Modified By
IOLIVEIRA	01-07-2011 15:25	IOLIVEIRA	
IOLIVEIRA	09-01-2012 13:43	IOLIVEIRA	
IOLIVEIRA	09-01-2012 13:43	IOLIVEIRA	

10. Lista Categorias Reflexões EE 10

REFLEXÃO EE 10

Name	Sources	References	Created On
		Name	
Aspectos positivos	1	2	01-07-2011 16:33
Dificuldades	1	3	01-07-2011 16:34
Modelo em uso-exposto	1	1	01-07-2011 16:47
Expectativas	1	2	01-07-2011 16:51

REFLEXÃO EE 10

Created By	Modified On	Modified By	
Sources	References	Created On	Created Modified On Modified By
IOLIVEIRA	09-01-2012 13:54	IOLIVEIRA	
IOLIVEIRA	09-01-2012 13:54	IOLIVEIRA	
IOLIVEIRA	09-01-2012 13:54	IOLIVEIRA	
IOLIVEIRA	09-01-2012 13:54	IOLIVEIRA	

11. Lista Categorias Reflexões EE 11

REFLEXÃO 11

Name	Sources	References
Aspectos Positivos		1
Dificuldades	2	3

REFLEXÃO 11

Created On	Created By	Modified On
1	01-07-2011 17:20	IOLIVEIRA
01-07-2011 17:18	IOLIVEIRA	09-01-2012 14:02

REFLEXÃO 11

Modified By
09-01-2012 14:02
IOLIVEIRA

12. Lista Categorias Reflexões EE 12

REFLEXÃO EE 12

Name	Sources	References
Aspectos positivos	1	1
Dificuldades	1	4

REFLEXÃO EE 12

Created On	Created By	Modified On
3	01-07-2011 17:25	IOLIVEIRA
01-07-2011 17:25	IOLIVEIRA	09-01-2012 14:05

REFLEXÃO EE 12

Modified By
09-01-2012 14:05
IOLIVEIRA







ANEXO XIV
Lista de Categorias Análise NVivo Avaliações Serviços

Anexo XIV – Itens

- 1. Lista Categorias Serviço 1 – Ano letivo 2009-2010**
- 2. Lista Categorias Serviço 1 – Ano letivo 2010-2011**
- 3. Lista Categorias Serviço 2 – 1º Semestre - Ano letivo 2010-2011**
- 4. Lista Categorias Serviço 2 – 2º Semestre - Ano letivo 2010-2011**
- 5. Lista Categorias Serviço 3 – 1º Semestre - Ano letivo 2010-2011**
- 6. Lista Categorias Serviço 4 – 1º Semestre - Ano letivo 2010-2011**
- 7. Lista Categorias Serviço 5 – 1º Semestre - Ano letivo 2010-2011**

1. Lista Categorias Serviço 1 – Ano letivo 2009-2010

AVALIAÇÃO SERVIÇO 1 2009-2010

Name	Sources	References
		Name
Aspetos positivos	1	1
 Estrutura física do Serviço		1
 Higiene		1
 Organização e recursos materiais		1
 Situações de aprendizagem		1
 Relação com equipa		1
 Orientador		1
Aspetos negativos	1	2

AVALIAÇÃO SERVIÇO 1 2009-2010

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
10-01-2012 11:58	IOLIVEIRA	10-01-2012 12:05
1	10-01-2012 11:59	IOLIVEIRA
1	10-01-2012 12:00	IOLIVEIRA
1	10-01-2012 12:01	IOLIVEIRA
1	10-01-2012 12:02	IOLIVEIRA
2	10-01-2012 12:02	IOLIVEIRA
1	10-01-2012 12:03	IOLIVEIRA
10-01-2012 11:58	IOLIVEIRA	10-01-2012 12:01

AVALIAÇÃO SERVIÇO 1 2009-2010

Modified By	
Created On	Created By
IOLIVEIRA	
10-01-2012 11:59	IOLIVEIRA
10-01-2012 12:00	IOLIVEIRA
10-01-2012 12:01	IOLIVEIRA
10-01-2012 12:02	IOLIVEIRA
10-01-2012 12:03	IOLIVEIRA
10-01-2012 12:04	IOLIVEIRA
IOLIVEIRA	

2. Lista Categorias Serviço 1 – Ano letivo 2010-2011

AVALIAÇÃO SERVIÇO 1 2010-2011

Name	Sources	References
		Name
Aspetos positivos	1	1
Condições físicas		1
Organização		1
Recursos materiais		1
Higiene		1
Aspetos negativos	1	1
Outros	1	3

AVALIAÇÃO SERVIÇO 1 2010-2011

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
10-01-2012 12:14	IOLIVEIRA	10-01-2012 12:22
2	10-01-2012 12:15	IOLIVEIRA
1	10-01-2012 12:15	IOLIVEIRA
2	10-01-2012 12:16	IOLIVEIRA
1	10-01-2012 12:17	IOLIVEIRA
10-01-2012 12:14	IOLIVEIRA	10-01-2012 12:18
10-01-2012 12:20	IOLIVEIRA	10-01-2012 12:22

AVALIAÇÃO SERVIÇO 1 2010-2011

Modified By			
Created On	Created By	Modified	Modified By
IOLIVEIRA			
10-01-2012 12:16	IOLIVEIRA		
10-01-2012 12:15	IOLIVEIRA		
10-01-2012 12:17	IOLIVEIRA		
10-01-2012 12:17	IOLIVEIRA		
IOLIVEIRA			
IOLIVEIRA			

3. Lista Categorias Serviço 2 – 1º Semestre - Ano letivo 2010-2011

AVALIAÇÃO SERVIÇO 2 2010-2011 - 1º SEMESTRE

Name	Sources	References
		Name
Aspetos negativos	0	0
Oportunidades aprendizagem		1
Organização e gestão de recursos materiais		1
Relação com a equipa médica		1
Organização Assistentes Operacionais		1
Organização espaço físico		1
Aspetos positivos	1	3

AVALIAÇÃO SERVIÇO 2 2010-2011 - 1º SEMESTRE

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
09-01-2012 15:13	IOLIVEIRA	09-01-2012 15:18
1	09-01-2012 15:13	IOLIVEIRA
1	09-01-2012 15:14	IOLIVEIRA
1	09-01-2012 15:15	IOLIVEIRA
1	09-01-2012 15:16	IOLIVEIRA
1	09-01-2012 15:17	IOLIVEIRA
09-01-2012 15:15	IOLIVEIRA	09-01-2012 15:17

AVALIAÇÃO SERVIÇO 2 2010-2011 - 1º SEMESTRE

Modified By	Created By	Modified	Modified By
Created On			
IOLIVEIRA			
09-01-2012 15:13	IOLIVEIRA		
09-01-2012 15:19	IOLIVEIRA		
09-01-2012 15:15	IOLIVEIRA		
09-01-2012 15:19	IOLIVEIRA		
09-01-2012 15:17	IOLIVEIRA		
IOLIVEIRA			

4. Lista Categorias Serviço 2 – 2º Semestre - Ano letivo 2010-2011

AVALIAÇÃO SERVIÇO 2 2010-2011 - 2º SEMESTRE

Name	Sources	References
		Name
Aspetos negativos	0	0
Aspetos positivos	1	2
Condições físicas		1
Organização		1
Recursos materiais		1
Recetividade da equipa		1

AVALIAÇÃO SERVIÇO 2 2010-2011 - 2º SEMESTRE

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
09-01-2012 15:33	IOLIVEIRA	09-01-2012 15:33
09-01-2012 15:30	IOLIVEIRA	09-01-2012 15:36
1	09-01-2012 15:31	IOLIVEIRA
2	09-01-2012 15:31	IOLIVEIRA
1	09-01-2012 15:32	IOLIVEIRA
1	09-01-2012 15:34	IOLIVEIRA

AVALIAÇÃO SERVIÇO 2 2010-2011 - 2º SEMESTRE

Modified By	Created On	Created By	Modified	Modified By
	IOLIVEIRA			
	IOLIVEIRA			
	09-01-2012 15:31	IOLIVEIRA		
	09-01-2012 15:32	IOLIVEIRA		
	09-01-2012 15:32	IOLIVEIRA		
	09-01-2012 15:34	IOLIVEIRA		

5. Lista Categorias Serviço 3 – 1º Semestre - Ano letivo 2010-2011

AVALIAÇÃO SERVIÇO 3 2010-2011 - 1º SEMESTRE

Name	Sources	References	Created On
Aspetos positivos	1	1	09-01-2012 14:41
Aspetos técnicos		1	1
Relação com o Doente		1	1
Instalações e recursos materiais		1	1
Receção geral da equipa		1	1
Aspetos negativos	1	1	09-01-2012 14:44

AVALIAÇÃO SERVIÇO 3 2010-2011 - 1º SEMESTRE

Created By	Modified On	Modified By	
Sources	References	Created On	Created By
IOLIVEIRA	09-01-2012 14:41	IOLIVEIRA	
09-01-2012 14:42	IOLIVEIRA	09-01-2012 14:42	IOLIVEIRA
09-01-2012 14:42	IOLIVEIRA	09-01-2012 14:42	IOLIVEIRA
09-01-2012 14:43	IOLIVEIRA	09-01-2012 14:43	IOLIVEIRA
09-01-2012 14:44	IOLIVEIRA	09-01-2012 14:44	IOLIVEIRA
IOLIVEIRA	09-01-2012 14:44	IOLIVEIRA	

6. Lista Categorias Serviço 4 – 1º Semestre - Ano letivo 2010-2011

AVALIAÇÃO SERVIÇO 4 2010-2011 - 1º SEMESTRE

	Name	Sources	References
	Aspectos positivos		0
	Aspectos Negativos	1	2
	Sugestões	1	1

AVALIAÇÃO SERVIÇO 4 2010-2011 - 1º SEMESTRE

Created On	Created By	Modified On
0	01-07-2011 17:48	IOLIVEIRA
01-07-2011 17:48	IOLIVEIRA	09-01-2012 14:12
01-07-2011 17:48	IOLIVEIRA	09-01-2012 14:12

AVALIAÇÃO SERVIÇO 4 2010-2011 - 1º SEMESTRE

Modified By
01-07-2011 17:48 IOLIVEIRA
IOLIVEIRA
IOLIVEIRA

7. Lista Categorias Serviço 5 – 1º Semestre - Ano letivo 2010-2011

AVALIAÇÃO SERVIÇO 5 2010-2011- 1º SEMESTRE

Name	Sources	References
Aspectos positivos	0	0
Aspectos Negativos	0	0
Estrutura		1
Sit. Aprendizagem		1

AVALIAÇÃO SERVIÇO 5 2010-2011- 1º SEMESTRE

Created On	Created By	Modified On
	Sources	References
01-07-2011 18:04	IOLIVEIRA	01-07-2011 18:04
01-07-2011 18:04	IOLIVEIRA	01-07-2011 18:04
2	01-07-2011 18:09	IOLIVEIRA
2	01-07-2011 18:09	IOLIVEIRA

AVALIAÇÃO SERVIÇO 5 2010-2011- 1º SEMESTRE

Modified By	Created By	Modified By
Created On	Created By	Modified By
IOLIVEIRA		
IOLIVEIRA		
09-01-2012 14:22	IOLIVEIRA	
09-01-2012 14:22	IOLIVEIRA	

ANEXO XV

Análise SPSS das Classificações dos Estudantes

Statistics

		Ensino Clínico A Hospital Prelada 2009/2010	Ensino Clínico A Outros locais 2009/2010	Ensino Clínico B Hospital Prelada 2009/2010	Ensino Clínico B Outros locais 2009/2010	Ensino Clínico A Hospital Prelada 2010/2011	Ensino Clínico A Outros locais 2010/2011	Ensino Clínico B Hospital Prelada 2010/2011	Ensino Clínico B Outros locais 2010/2011
N	Valid	28	56	61	42	29	40	59	21
	Missing	75	47	42	61	74	63	44	82
Mean		15,464	15,000	15,607	14,619	14,448	14,525	15,229	15,167
Median		15,500	15,000	16,000	14,750	15,000	14,500	15,500	15,000
Mode		16,0	15,0	16,0	14,0	15,0	14,0	16,0	15,0
Std. Deviation		,9616	1,0617	1,2353	1,5843	1,1828	1,2808	1,4303	1,1762
Minimum		14,0	12,0	11,0	10,0	12,0	11,0	10,0	13,0
Maximum		17,0	17,0	18,0	17,0	16,0	17,0	18,0	17,0

Statistics

		Ensino Clínico A turma 2009/2010	Ensino Clínico A turma 2010/2011	Ensino Clínico B turma 2009/2010	Ensino Clínico B turma 2010/2011
N	Valid	84	69	103	80
	Missing	19	34	0	23
Mean		15,155	14,493	15,204	15,213
Median		15,000	15,000	15,500	15,500
Mode		15,0	14,0	16,0	16,0
Std. Deviation		1,0470	1,2322	1,4643	1,3613
Minimum		12,0	11,0	10,0	10,0
Maximum		17,0	17,0	18,0	18,0